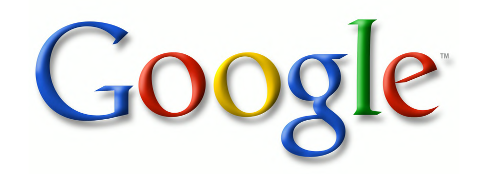



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0173 6293



DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

ET EN PARTICULIER

DE LA CURE SANGLANTE

DES HÉMORRHOÏDES

(Procédé de WHITEHEAD)

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

ET EN PARTICULIER

DE LA CURE SANGLANTE

DES HÉMORRHOÏDES

(Procédé de **WHITEHEAD**)

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

ET EN PARTICULIER

DE LA CURE SANGLANTE

DES HÉMORRHOÏDES

(Procédé de WHITEHEAD)

PAR

Le Dr Félix VÉRON

ANCIEN INTERNE SUPPLÉANT A L'HÔTEL-DIEU DE RENNES
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
(BICÊTRE — BERCK-SUR-MER — ENFANTS-MALADES — BEAUJON — SAINT-LOUIS
LARIBOISIÈRE — MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE)
MÉDAILLES DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (EXTERNAT ET INTERNAT)
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MES REGRETTÉS MAITRES

CONSTANTIN PAUL

JULES SIMON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MM. LES DOCTEURS : DUFLOCQ (1894),
FÉRÉ (1895),
MÉNARD (1896),
MOIZARD (1896),
TH. ANGER (1896-97),
LEJARS (1896-1897),
BONNAIRE (1898),
DÉMELIN (1898),
TENNESON (1898),
JEANSELME (1898),
THIROLOIX (1899),
DREYFUS-BRISAC (1899-1900).

A M. ROUX, de l'Institut Pasteur

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MESSIEURS :

PEYROT, LEJARS, GUINARD ET SOULIGOUX

Nos remerciements pour les renseignements et observations qu'ils ont bien voulu nous fournir.

A MES MAITRES DE RENNES

Historique.

L'idée de traiter les hémorrhoïdes par l'exérèse chirurgicale est très ancienne.

Cette assertion pourrait paraître au premier abord quelque peu risquée, étant données les opinions professées dans l'antiquité à l'égard des hémorrhoïdes. Ne les considérait-on pas jadis comme un émonctoire salutaire !

Hippocrate, dans son *Traité des hémorrhoïdes*, énonce les quatre aphorismes suivants :

« Les hémorrhoïdes sont dues à la fixation de la bile ou du phlegme dans les veines du rectum. »

« Ceux qui ont des hémorrhoïdes n'ont ni pleurésie ni péripneumonie. »

« Les varices ou hémorrhoïdes qui surviennent aux mélancoliques et à ceux qui sont travaillés de maux de reins leur sont bonnes et utiles. »

« Les varices ou hémorrhoïdes qui surviennent aux mélancoliques ou aux aliénés les délivrent de leur folie. »

Après l'énoncé de ces quatre propositions on est en droit de s'attendre à une thérapeutique bien simple ; la temporisation semble tout indiquée. Aussi, le lecteur a t-il lieu d'être surpris, quand il rencontre dans les livres hippocratiques des passages comme le suivant : « Vous pouvez inciser, exciser, coudre, brûler, corroder l'anus sans grands dommages ».

Le traité d'Hippocrate sur les hémorrhoïdes renferme des détails assez longs sur la cautérisation énergique de ces tumeurs avec le fer rouge, sur leur excision, sur leur traitement par les cathérétiques. Hippocrate ajoute, parlant de l'extirpation des hémorrhoïdes : « Cela n'est pas plus difficile que de faire cheminer le doigt entre la peau et la chair du mouton qu'on écorche ; opérez tout en causant et sans prévenir de ce que vous faites ».

Dès le temps d'Hippocrate, on avait donc recours à la cure radicale des hémorrhoïdes ; l'aphorisme 12 de la section VI, où il est

prescrit de laisser une des tumeurs, en ferait foi à défaut du Traité apocryphe *De Hemorrhoïdibus*, dans lequel se trouvent décrits les divers procédés connus pour détruire ces tumeurs. Galien, Aetius, Oribase, Celse décrivent ces divers procédés opératoires avec des modifications. Aetius en particulier, exposant l'opération pour la guérison des hémorrhoïdes prescrit, contrairement au précepte d'Hippocrate et d'autres médecins, de détruire toutes les tumeurs.

A. Paré au XVI[e] siècle, Stahl au XVIII[e], et de Montègre, au début du XIX[e] siècle, sont plus logiques que leurs prédécesseurs dans leurs déductions thérapeutiques. L'abstention opératoire dans tous les cas, le traitement purement médical sont naturellement enseignés par ceux qui voyaient dans le flux hémorrhoïdal le moyen pour l'organisme d'éliminer les humeurs peccantes, le phlegme ou l'atrabile ou l'excès de sang accumulé dans l'économie.

Pour les Stahliens, si les veines anales et rectales reçoivent et parfois laissent échapper du sang, c'est afin de débarrasser le sujet d'un trop-plein qui eût amené une pléthore nuisible.

La conclusion thérapeutique est toute simple : il convient de favoriser cet afflux, de le faire naître même si l'on peut. Mais ce serait aller contre les intentions de la nature que de chercher à le faire disparaître. Les hémorrhoïdes deviennent un *noli me tangere*.

De Montègre de son côté est loin de voir dans les hémorrhoïdes une infirmité ; pour lui, devenir hémorrhoïdaire, c'est un événement favorable :

« Le flux hémorrhoïdaire est un acte vital auquel ne saurait convenir le nom de maladie, car non seulement il n'empêche ou ne gêne l'exercice d'aucune fonction, mais au contraire, sans causer de douleurs ou d'incommodités notables, il assure en quelque sorte la conservation de la santé (1). »

La cure chirurgicale des hémorrhoïdes, tombée momentanément dans le discrédit sous l'influence des doctrines Stahliennes, est remise en honneur dès le début du XIX[e] siècle par Boyer et Dupuytren en France, S. Cooper en Angleterre.

Bérard, en 1837, dans son article sur les hémorrhoïdes du *Dic-*

(1) De Montègre, *Des hémorrhoïdes ou traité analytique des affections hémorrhoïdaires*, Paris, 1817.

tionnaire en 30 *volumes*, s'étend longuement sur l'incision et la rescision des hémorrhoïdes au moyen du bistouri.

A partir de la publication de Bérard, l'impulsion est donnée ; les entraves apportées à la thérapeutique par les théories antérieures sont à jamais brisées et le traitement chirurgical est désormais accepté par tous comme une nécessité non contestable.

D'ailleurs, les idées sur ce point ne se modifient pas seulement en France ; le même mouvement se produit en Angleterre et en Amérique et les travaux de Kirby, Brody, Smith, établissent que les hémorrhoïdes ne sont jamais bonnes à conserver et que le chirurgien doit souvent intervenir pour y porter remède.

Boyer, Chassaignac, Amussat, rejetant avec Bérard les erreurs médicales des temps passés, s'appliquent à faire prévaloir pour cette maladie l'utilité de la médecine opératoire et à en multiplier les ressources.

L'hémorrhagie, l'infection purulente, le rétrécissement anal, tels sont les inconvénients du traitement chirurgical qu'ils cherchent à éviter dans leurs divers procédés opératoires.

Tandis qu'Amussat préconise le fer rouge, Chassaignac, l'écraseur linéaire, Boyer et Dupuytren vantent l'excision au bistouri et aux ciseaux.

Dupuytren décrit de la façon suivante le procédé opératoire qu'il recommande (*Leçons orales*, t. I, p. 348) : « On saisit le bourrelet avec des pinces à larges mors, pendant qu'un aide écarte les fesses, et, avec des ciseaux longs, courbes sur le plat, dans quelques coups les tubercules sont excisés. Nous avons pour règle de conduite de n'exciser qu'une portion de la tumeur saillante au dehors ; car si on l'enlevait en totalité on s'exposerait à de graves hémorrhagies, et à un rétrécissement consécutif de l'anus. »

Gosselin, dans ses *Leçons sur les hémorrhoïdes* publiées en 1866, craignant les hémorrhagies et l'infection purulente consécutive, rejette l'excision pour les hémorrhoïdes internes, mais l'admet pour les externes. Il vante surtout pour les hémorrhoïdes internes la cautérisation au fer rouge et c'est cette méthode qu'emploient presque tous les chirurgiens de Paris du milieu du XIXe siècle et notamment Velpeau, Nélaton, Denonvilliers et Richet.

Ce fut en 1882 que Whitehead de Manchester publia pour la première fois dans le *British medical journal* sa méthode opératoire.

Exposé général.

Les hémorrhoïdes présentent des variétés anatomo-cliniques multiples. L'analyse minutieuse de ces différentes variétés doit naturellement dicter le choix du procédé opératoire à mettre en œuvre dans chaque cas particulier.

Aussi passerons-nous d'abord en revue ces variétés anatomo-cliniques. Cela fait, nous exposerons les indications des diverses méthodes opératoires qui doivent, d'après les circonstances, être employées de préférence à la cure sanglante.

Nous préciserons alors les cas qui, d'après nous, sont justiciables de l'excision totale de la muqueuse hémorrhoïdaire.

La technique spéciale suivie par M. Lejars dans la cure sanglante à la Whitehead sera exposée en détails ainsi que les soins préliminaires et consécutifs nécessités par cette opération.

Ce travail achevé, nous aurons à discuter les accidents signalés à propos de cette intervention. Nous nous appuierons pour cela sur les faits que nous avons constatés.

Nous espérons, à l'aide des documents que nous apportons, arriver à démontrer l'excellence de la méthode que nous préconisons, méthode dont la valeur est affirmée, selon nous, par le maintien à longue échéance des bons résultats immédiatement obtenus.

CHAPITRE PREMIER

Variétés anatomo-cliniques des hémorrhoïdes.

De Montègre avait assigné une place spéciale à l'hémorrhoïdaire dans le cadre de la nosologie ; mais aujourd'hui, on peut affirmer que la maladie hémorrhoïdaire n'est pas une entité morbide toujours identique à elle même. Il n'y a pas en un mot une affection hémorrhoïdaire, mais des malades atteints d'hémorrhoïdes, hémorrhoïdes variables dans leur siège, leur développement, l'importance des lésions qu'elles traduisent, différentes dans leur pathogénie et leur symptomatologie et commandant toutes de par leur nature un traitement approprié.

Les hémorrhoïdes forment des tumeurs plus ou moins développées, partielles ou généralisées à la muqueuse anale, les accidents qu'elles occasionnent sont insignifiants ou graves, passagers ou durables, peu nombreux ou multiples, isolés ou associés en proportions variables suivant les cas ou les diverses phases de l'évolution chronologique d'un même cas. C'est en tenant compte de tous ces éléments, en faisant une analyse minutieuse de tous ces facteurs qu'il sera possible d'arriver à faire un choix judicieux et raisonné du traitement véritablement rationnel à mettre en œuvre, dans chaque cas particulier, contre l'affection hémorrhoïdaire.

Les hémorrhoïdes, varices ano-rectales, ont été depuis fort longtemps divisées, au point de vue anatomo-clinique, en deux grandes variétés ou groupes principaux : les hémorrhoïdes externes et les hémorrhoïdes internes. Entre ces deux variétés qui sont tantôt isolées, tantôt associées, existe une forme intermédiaire : les hémorrhoïdes mixtes ou cutanéo-muqueuses.

Cette division classique des hémorrhoïdes n'est point justifiée par des considérations liées à la nature du processus pathologique qui préside à leur développement. En effet, le processus morbide qui donne naissance aux hémorrhoïdes est identique, qu'il s'agisse

d'hémorrhoïdes externes ou d'hémorrhoïdes internes. C'est un processus de dilatation vasculaire, d'origine phlébitique pour M. Quénu, processus qui envahit toute la muqueuse ano-rectale ; rien donc d'étonnant à ce que les hémorrhoïdes internes et externes soient fréquemment associées. Ce processus de dilatation vasculaire relève lui-même de facteurs multiples dont il serait trop long de faire ici l'énumération. Disons seulement qu'on a pu encore, à ce point de vue, distinguer les hémorrhoïdes en idiopathiques et symptomatiques.

Est-ce dans la nature de l'élément anatomique aux dépens duquel se développent les productions hémorrhoïdaires qu'il faut chercher les raisons de cette division des hémorrhoïdes en externes et internes ? Evidemment non.

Récamier en 1800, Delarroque en 1810, avaient nié la nature variqueuse des hémorrhoïdes qu'ils considéraient comme de simples kystes du tissu cellulaire.

Mais il est bien établi aujourd'hui que les unes et les autres sont de nature veineuse ; ce sont des varices des veines ano-rectales.

C'est à Verneuil que revient le mérite d'avoir démontré, par des recherches précises en 1855, la nature veineuse des hémorrhoïdes. En injectant la veine petite mésaraïque, il remplit tout le plexus hémorrhoïdal ; en injectant l'artère mésentérique inférieure et les artères du bassin, il n'obtint aucun résultat ; de même l'injection poussée par les branches tributaires de la veine hypogastrique ne pénétra jamais dans les bosselures veineuses.

Les hémorrhoïdes étaient donc développées sur les veines du territoire porte ; c'étaient des varices des veines hémorrhoïdales supérieures.

Gosselin vint un peu plus tard confirmer ces premières données ; sur le cadavre d'un vieil hémorrhoïdaire, il constata de son côté, que les hémorrhoïdes externes étaient en continuité avec les veines hémorrhoïdales inférieures, et les internes, avec les terminaisons de la petite mésaraïque et qu'aucune anastomose ne semblait relier l'un à l'autre les deux groupes.

La prétendue indépendance des systèmes veineux anal et rectal, toute faite pour expliquer la systématisation des productions hémorrhoïdaires, les unes intra-anales, les autres extra-anales, devait

bientôt être anéantie par les recherches de Duret et plus tard par celles de M. Quénu.

Les travaux de Duret l'ont amené aux conclusions suivantes : Les ramifications terminales de la petite mésaraïque s'arrêtent à la hauteur du sphincter interne et finissent là par autant d'ampoules arrondies, sous-muqueuses, entre les colonnes de Morgagni ; ces ampoules sont l'origine des bosselures hémorrhoïdaires.

Pour le reste du canal, le système veineux est tributaire des veines hémorrhoïdales inférieures et externes, autrement dit, des veines hypogastriques et de la veine cave. Les systèmes veineux anal et rectal ne sont point indépendants comme on l'a cru longtemps ; il existe de nombreuses anastomoses qui relient les ampoules sous-muqueuses d'origine porte, aux veines extra-sphinctériennes d'origine cave et toutes ces anastomoses doivent traverser la double barrière sphinctérienne, ce sont des anastomoses trans-sphinctériennes. Partant de là, on a fait jouer à la contracture sphinctérienne un rôle pathogénique considérable, de premier ordre, dans la production des hémorrhoïdes ; le traitement dès lors était tout indiqué : il fallait faire tomber cette contracture en dilatant le sphincter.

Les conclusions de Duret n'ont pas été confirmées de tout point par des recherches plus récentes.

M. Quénu, s'appuyant sur le résultat d'injections pratiquées sur 25 sujets, a montré que les terminaisons de la petite mésaraïque se prolongent en réalité jusqu'au pourtour de l'anus et qu'elles s'unissent aux veines hémorrhoïdales externes et inférieures, non seulement par des anastomoses trans-sphinctériennes, mais encore par des anastomoses sous-sphinctériennes qui sont, elles, toujours libres et perméables.

Voici la conclusion de M. Quénu (1) : « La multiplicité de toutes ces voies anastomotiques et leur importance réelle nous permettent d'admettre, qu'en cas de gène circulatoire, limitée au système porte, en cas d'une compression abdominale, par exemple, les voies d'échappement ne manquent pas au sang des hémorrhoïdales supérieures. » La théorie du barrage sphinctérien se trouve donc renversée.

De fait, les deux variétés d'hémorrhoïdes internes et externes

(1) Quénu, Etudes sur les veines du rectum et de l'anus chez l'homme. *Société anat.*, juillet 1892.

sont le plus souvent associées à des degrés de développement divers. L'explication en est aisée : les unes et les autres sont de nature veineuse, dérivent d'un processus identique ; les veines anales et rectales, qui leur donnent origine, présentent des connexions anastomotiques multiples.

« L'ordonnance vasculaire décrite par Duret, si méthodique, si bien réglée et toute faite, semble-t-il, pour étayer les déductions pathologiques, ne se trouve guère sur une muqueuse anale, hémorrhoïdaire, totalement injectée. On n'y voit, en général, qu'un épais lacis de vaisseaux, qui se détachent à la surface, sous forme de touffes polypeuses, qui infiltrent toute l'épaisseur de la membrane, la couche sous-muqueuse, les sphincters eux-mêmes ; il arrive souvent que le liquide, poussé par les veines, remplisse les artères, montrant bien que la distension s'est étendue aux capillaires et aux artérioles, voilà pourquoi il arrive souvent qu'on sente battre une artère dans le pédicule d'un paquet hémorrhoïdal ou qu'à la coupe d'une hémorrhoïde du sang rutilant s'échappe en jet. Sur le vivant, au cours de l'extirpation de la muqueuse anale, de l'opération de Whitehead, il est aisé de voir, dans l'épaisseur et à la surface de la muqueuse anale qu'on décolle, de multiples bosselures, de petits kystes sanguins, qui la tapissent tout entière et se prolongent entre les fibres voisines des sphincters. Une coupe de la muqueuse hémorrhoïdaire suffit à démontrer combien les dilatations vasculaires y sont disséminées. Les aréoles vasculaires infiltrent toute l'épaisseur de la membrane, on en trouve même au-dessous de l'épithélium et au milieu de ses couches profondes. En résumé la muqueuse anale est tout entière malade (1). »

Si, comme nous venons de le voir, la division classique des hémorrhoïdes en internes et externes n'est pas rigoureusement exacte au point de vue anatomique pur, elle est justifiée par des considérations d'ordre topographique d'une part, et, par l'évolution clinique de l'affection hémorrhoïdaire d'autre part.

Les hémorrhoïdes externes sont situées d'une façon constante au dehors, à l'extérieur de l'anus ; elles se développent sous la peau, sous la portion de tégument qui limite le contour même de l'anus. Ce sont les varices des veines anales sous-jacentes au bord inférieur

(1) Lejars, *Leçons cliniques de la Pitié*, 1895. Cure radicale des hémorrhoïdes, p. 369-370.

du sphincter. Les différences de structure et d'aspect, observées entre les hémorrhoïdes internes et externes, tiennent à ce que les externes subissent plus fréquemment les effets de l'inflammation qui modifie à la fois, leur contenu, le tissu qui les entoure et le tégument qui les revêt.

Les hémorrhoïdes internes restent habituellement cachées dans l'intérieur du conduit anal. Elles se développent sous la muqueuse rectale à la hauteur du sphincter et au-dessus. A ce niveau les ramifications veineuses ont une disposition particulière, la sous-muqueuse est d'une laxité spéciale, le sphincter se dilate et se contracte alternativement, peut être le siège de contractures spasmodiques. Les hémorrhoïdes internes diffèrent donc des hémorrhoïdes externes par leur siège, elles en diffèrent aussi par l'absence d'altérations notables des tissus sous-jacents et par leur rapport intime avec les couches musculaires contractiles de l'intestin. Elles ne s'accompagnent d'aucune hypertrophie de la muqueuse, ni du tissu cellulaire sous-jacent.

La topographie variable des lésions imprime des caractères particuliers à l'évolution de l'affection hémorrhoïdaire.

Aussi la division classique des hémorrhoïdes en internes et externes mérite-t-elle encore d'être conservée en clinique.

En effet, les hémorrhoïdes externes représentent pour ainsi dire la forme bénigne de l'affection, du moins dans l'immense majorité des cas, n'entraînant que des accidents de gravité d'ordinaire modérée ; les hémorrhoïdes internes, au contraire, constituent la forme grave de l'affection, la forme sujette aux complications sérieuses.

Nous plaçant au double point de vue anatomo-clinique et thérapeutique nous envisagerons les hémorrhoïdes dans deux circonstances différentes, suivant qu'elles s'accompagnent ou non de complications. Nous aurons donc à considérer :

1° Les hémorrhoïdes internes et externes sans accidents ;

2° Les hémorrhoïdes avec accidents ou complications des hémorrhoïdes.

Telle est la division que nous adoptons et qui fera l'objet de deux paragraphes successifs.

§ 1. — Hémorrhoïdes sans accidents ou modalités cliniques des hémorrhoïdes en dehors des complications.

A. — **Hémorrhoïdes externes.** — Les hémorrhoïdes externes dégagées de toute complication, se présentent sous trois formes cliniques différentes :

1° Hémorrhoïdes externes flasques ;

2° Hémorrhoïdes externes indurées ;

3° Hémorrhoïdes externes kysteuses.

1° Hémorrhoïdes externes flasques. — Les hémorrhoïdes externes se présentent, le plus souvent, sous l'aspect d'un petit bourrelet latéral, saillant entre deux des plis rayonnés de l'anus. Parfois on trouve plusieurs bourrelets formant une sorte de corolle autour de l'anus. Chacun des éléments de ce bourrelet externe circonférentiel est d'ordinaire peu volumineux, l'ensemble peut acquérir les dimensions d'une noisette ou d'une châtaigne, mais, en général, le volume de la tumeur ainsi constituée est peu considérable. Ces bosselures hémorrhoïdaires sont habituellement aplaties ; leur surface ridée, plissée, présente une coloration variable : rosée en dehors (portion cutanée), violacée en dedans (portion muqueuse), pour les hémorrhoïdes cutanéo-muqueuses ; parfois entièrement rosée, hémorrhoïdes cutanées ; enfin, dans des cas très rares, complètement violacée, hémorrhoïdes muqueuses externes.

Les hémorrhoïdes flasques, de consistance molle, indolentes au toucher, sont réductibles quand elles contiennent du sang. Elles peuvent être complètement desséchées, flétries (marisques).

Cette variété d'hémorrhoïdes ne donne lieu à aucun symptôme fonctionnel en dehors des crises de turgescence. L'hémorrhoïde est pour ainsi dire endormie, mais elle peut redevenir turgescente sous l'influence d'excitations locales ou de pléthore générale.

2° Hémorrhoïdes externes indurées. — L'induration des hémorrhoïdes externes résulte de leur transformation fibreuse, sous l'influence de phénomènes inflammatoires chroniques à marche lente. L'hémorrhoïde se trouve alors isolée du reste de la circulation ; c'est une hémorrhoïde guérie.

Les hémorrhoïdes externes indurées se présentent sous l'aspect de tumeurs, généralement unilatérales, de la grosseur d'un pois,

d'une noisette, à surface verruqueuse. Indolentes, assez dures, irréductibles, elles sont fort semblables aux condylomes.

Elles n'entraînent aucun trouble fonctionnel en dehors des accidents inflammatoires ou ulcéreux qui viennent parfois les compliquer.

3° Hémorrhoïdes externes kysteuses. — Cette variété est encore plus rare que la précédente. L'hémorrhoïde, dont le contenu est formé par du sang modifié, ne communique plus avec la circulation générale ; elle est complètement irréductible.

B. — **Hémorrhoïdes internes sans accidents.** — Les hémorrhoïdes internes ont été divisées de tout temps en procidentes ou non procidentes, suivant qu'elles sortent ou non par le fondement.

Adoptant dans ces grandes lignes cette division capitale, nous considérerons comme hémorrhoïdes sans accidents : 1° les hémorrhoïdes internes non procidentes ; 2° les hémorrhoïdes procidentes et facilement réductibles sans douleur, nous excluons donc ici les hémorrhoïdes internes saignantes et douloureuses, c'est-à-dire enflammées, étranglées ou ulcérées.

1° Hémorrhoïdes internes non procidentes. — Pour reconnaître sûrement les hémorrhoïdes internes, le chirurgien devra recourir à une exploration complète. Le toucher rectal pourra faire reconnaître des saillies molles.parfois pulsatiles, qui soulèvent la muqueuse, mais il ne donnera pas toujours des renseignements importants.

L'examen au spéculum ou l'éversion de la muqueuse, par le procédé de Chassaignac, permettront dans bien des cas de mieux apprécier les caractères des hémorrhoïdes internes. En engageant le malade à faire un effort, à pousser comme pour aller à la selle, on fera apparaître les hémorrhoïdes, déterminant ainsi leur réplétion par le sang ; il sera possible alors de les apercevoir directement à travers l'anus entr'ouvert ; on verra les hémorrhoïdes qui se gonfleront de plus en plus et s'abaisseront vers l'anus.

Le nombre, le volume, la forme, l'aspect des hémorrhoïdes internes sont des plus variables.

Il existe de *petites hémorrhoïdes* allongées,fusiformes, lancéolées, comparables à un grain de blé ou sphériques de la grosseur d'un grain de chènevis.Il en est qui revêtent la forme de petites houppes ou de granulations.

La surface de ces hémorrhoïdes est granuleuse, d'aspect framboisé, d'un rouge vif ; elle saigne au moindre contact. Ce sont en tous cas des hémorrhoïdes de petites dimensions correspondant à la variété décrite par Allingham sous le nom d'*hémorrhoïdes capillaires*.

Les hémorrhoïdes internes moyennes (*hémorrhoïdes artérielles d'Allingham*) constituent un degré plus avancé de l'affection. Plus volumineuses que dans la variété précédente, elles sont très luisantes d'aspect, lisses au toucher, elles saignent par jet si on les égratigne et donnent alors issue à un sang rutilant. Ici la distension vasculaire s'est étendue aux capillaires et aux artérioles ; mais, contrairement à l'opinion d'Allingham, les artères proprement dites, d'après M. Quénu, ne prennent point part à la constitution de ces hémorrhoïdes. « Les artères du rectum semblent avoir pris un développement plus considérable et le rectum est en quelque sorte hyperartérialisé (Potherat) (1). »

Lorsque l'altération pathologique et la dilatation atteignent les gros troncs, on a l'*hémorrhoïde interne volumineuse* (*hémorrhoïde veineuse d'Allingham*). C'est là le terme ultérieur de l'évolution. Le système veineux prédomine dans la structure de ces hémorrhoïdes internes volumineuses qui atteignent souvent des dimensions considérables. La surface en est unie et luisante ou pseudo-cutanée ; elles sortent facilement et, fréquemment, demeurent d'une façon constante au dehors. Cette variété d'hémorrhoïdes internes se rencontre communément chez les multipares et chez les femmes qui ont un utérus hypertrophié ou rétroversé, elles apparaissent souvent aux environs de l'âge critique. Elles se voient aussi chez les hommes qui ont un foie hypertrophié ou induré, leur système porte étant constamment engorgé et leur circulation abdominale gênée.

Les *symptômes fonctionnels* des hémorrhoïdes internes non procidentes sont peu nombreux, peu importants. Après avoir existé, pour ainsi dire, à l'état latent, pendant une période plus ou moins longue, les hémorrhoïdes internes non procidentes révèlent peu à peu leur présence par quelques sensations anormales, telles que de la pesanteur à la région anale, de la gêne dans la station assise ou

(1) POTHERAT, *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 109.

pendant la marche,un peu de douleur dans la défécation, mais surtout par un écoulement de sang. C'est là le premier symptôme important, mais il ne serait pas fréquent d'après Gosselin.

Les pertes de sang dont nous voulons parler, n'ont lieu le plus souvent qu'au moment de la défécation ; chaque expulsion est suivie de l'écoulement d'une ou deux cuillerées de sang rutilant qui arrose la surface des matières sans être mélangé avec elles et tache le papier qui a servi aux toilettes.

Ce même phénomène se reproduit pendant une période plus ou moins longue, puis il cesse d'exister pour un temps ou définitivement. Chez certains malades les hémorrhagies sont plus persistantes, deviennent quotidiennes et apparaissent même en dehors des évacuations. Le symptôme hémorrhagie devient alors une véritable complication ; nous nous en occuperons dans un chapitre spécial quand nous traiterons des hémorrhoïdes avec accidents.

2° Hémorrhoïdes internes procidentes spontanément réductibles sans douleur. — Les hémorrhoïdes internes peuvent devenir procidentes et se réduire spontanément sans entraîner aucun accident douloureux ni hémorrhagique ; aussi ne saurions-nous considérer cette variété de procidence comme une complication, les malades ne s'en inquiétant pas et ne venant pas réclamer l'intervention chirurgicale.

Ce premier degré clinique de procidence assigné par Gosselin aux hémorrhoïdes sera décrit naturellement ici avant de passer à l'étude des véritables accidents hémorrhoïdaires.

Les hémorrhoïdes internes procidentes facilement réductibles, sans douleur, se présentent sous la forme de tumeurs molles, lisses et arrondies. Pendant un temps,qui a varié suivant les malades, elles sont restées intra-rectales, ne s'étant manifestées que par des troubles peu importants, énumérés plus haut. Un jour, le plus souvent à l'occasion d'une défécation, l'expulsion des hémorrhoïdes se produit pour la première fois et se traduit par l'apparition d'une tumeur unie, violacée et de volume variable ou d'un bourrelet plus ou moins considérable résistant ou fluctuant.

La défécation terminée, cette procidence disparaît soit d'elle-même, soit par une simple pression des doigts, sans qu'il en résulte quelque inconvénient notable. Mais une fois produite, il est de règle de voir la procidence reparaître avec une grande facilité à l'oc

casion de la défécation, qui s'effectue de plus en plus lentement, ou à l'occasion d'un simple effort.

La procidence qui, tout d'abord, n'avait lieu que par intervalles, devient continue ou presque continue et cette succession de prolapsus a pour conséquence d'accroître la tumeur variqueuse ou de former des bourrelets plus ou moins volumineux ayant la forme de segments annulaires ou demi-annulaires irrégulièrement festonnés.

Au total, cette première variété de procidence est caractérisée par la facilité de la réduction et par l'absence de tout accident consécutif.

Toutefois, suivant la remarque de Gosselin, la procidence du bourrelet hémorrhoïdal, surtout lorsqu'elle se répète fréquemment, favorise les hémorrhagies, elle augmente également les sensations désagréables de plénitude et de faux besoins et apporte chez certains une gène réelle dans la marche ; elle peut devenir une cause de douleurs véritables. C'est qu'en effet, le prolapsus expose tout particulièrement la muqueuse à l'action traumatisante du bol fécal ; il est de la sorte susceptible de prendre une certaine part au développement des véritables complications des hémorrhoïdes que nous allons passer en revue.

Les différentes variétés d'hémorrhoïdes sans accidents étudiées ci-dessus peuvent, en résumé, se ramener à deux grandes catégories.

Dans une première catégorie se rangent les hémorrhoïdes élastiques flasques, intermittentes, à peu près nulles à certains moments ; se dilatant par crises, souvent par le fait d'influences générales.

A l'autre catégorie appartiennent les hémorrhoïdes formant de véritables tumeurs, plus ou moins tendues, mais restant toujours volumineuses, prolabant au moment des selles.

Ces deux groupes d'hémorrhoïdes sont en général représentés par des bourrelets partiels, isolés, pédiculés ou pédiculisables.

§ 2. — Hémorrhoïdes avec accidents ou complications des hémorrhoïdes.

Les hémorrhoïdes externes sont susceptibles de se compliquer d'accidents qui nécessiteront une intervention opératoire dont l'ex-

cision pourra être la méthode de choix, mais ce sont les hémorrhoïdes internes qui, dans l'immense majorité des cas, entraînent des accidents sérieux, justiciables de ce traitement chirurgical.

Les accidents hémorrhoïdaires sont groupés par M. Quénu de la façon suivante que nous adopterons (1) :

1° Accidents hémorrhagiques ;

2° Accidents inflammatoires ;

3° Sensations douloureuses ;

4° Prolapsus de la muqueuse.

I. — **Accidents hémorrhagiques.** — Le plus souvent de faible importance, les accidents hémorrhagiques peuvent dans certains cas acquérir une grande intensité. Tantôt les pertes de sang sont peu abondantes mais leur répétition les rend graves ; tantôt les pertes de sang sont espacées mais copieuses à chaque fois.

M. Quénu (2) a observé un adulte, d'une trentaine d'années, que des hémorrhagies minimes mais journalières avaient amené à un tel état de faiblesse qu'il était incapable d'aucun travail et qu'il offrait toutes les apparences de la cachexie cancéreuse. Chez un autre malade de M. Quénu, la numération des globules fut pratiquée ; le nombre des hématies était tombé à 600,000 par millimètre cube.

M. Lejars a eu l'occasion de traiter un homme de 33 ans, dont les accidents hémorrhoïdaires dataient de deux ans seulement. Chez ce malade, les pertes de sang, répétées presque à chaque selle, quelquefois notables, avaient été suivies d'un état d'anémie et d'affaiblissement très marqué. Il était maigre, pâle, de teint jaunâtre ; bien que l'appétit fût conservé, il sentait chaque jour dépérir ses forces et dans l'espace de six mois son poids avait diminué de 5 kilos. L'aspect de cet homme était si misérable qu'on crut tout d'abord à l'existence d'un néoplasme rectal et d'hémorrhoïdes symptomatiques, mais le toucher rectal ne révéla aucune espèce de tumeur, l'exploration de l'abdomen, l'examen des divers organes ne firent découvrir aucune tare. C'est là un exemple de ce que l'on appelle *l'anémie hémorrhoïdaire, la phtisie hémorrhoïdaire.*

Les malades qui font le sujet de nos observations II, VII, X, XI, XIV, XV, XVI et XIX en sont encore des exemples.

Chez quelques sujets, les pertes de sang se reproduisent presque

(1) Quénu, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 30 mars 1899.
(2) Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, t. I, p. 376.

périodiquement ; un effort de défécation en devient l'occasion et on leur a donné le nom de *flux hémorrhoïdal.*

Le flux hémorrhoïdal s'observe plus souvent avec les hémorrhoïdes internes ; il paraît même exister, sans dilatation veineuse appréciable, chez les Orientaux (Damaschino) ; chez la femme, le flux hémorrhoïdaire peut devenir supplémentaire d'un flux cataménial suspendu.

Quelles sont les hémorrhoïdes qui saignent le plus ? Ce ne sont pas toujours les plus volumineuses, ce ne sont pas toujours celles qui s'accompagnent de bosselures et d'ampoules. Fréquemment la perte de sang provient non d'une poche hémorrhoïdale, mais des petits vaisseaux très superficiels de la muqueuse devenue comme angiomateuse. Cette forme est désignée par les Anglais sous le nom de *nævoïde.*

Il suffit, chez certains malades, de pratiquer le moindre attouchement de l'anus avec le doigt ou avec un tampon d'ouate, pour voir le sang sourdre en abondance; il s'agit bien là de véritables hémorrhagies capillaires.

Dans d'autres circonstances l'hémorrhagie est due à la rupture des veines variqueuses. Sous l'influence d'un effort, la pression du sang veineux dans les ampoules peut devenir telle qu'elle les fasse éclater, le sang s'infiltre alors dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse, puis rompt cette dernière barrière et s'échappe au dehors.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, qui sont loin d'être rares, ni la rupture des veines, ni celle des capillaires ne doivent être incriminées ; l'hémorrhoïde saigne parce qu'elle est ulcérée (1).

Ces ulcérations sont parfois très superficielles, érosives, parfois elles entament toute la muqueuse et plus encore.

Nous en parlerons plus loin à propos des sensations douloureuses provoquées par les hémorrhoïdes.

II. — **Accidents inflammatoires.** — Les principaux accidents inflammatoires des hémorrhoïdes sont au nombre de deux :

a) La turgescence ou fluxion hémorrhoïdaire.

b) La gangrène de l'hémorrhoïde étranglée.

Il faut y ajouter une complication plus rare :

c) La rectite hémorrhoïdaire.

(1) QUÉNU et HARTMANN, *Chirurgie du rectum.*

A. — Turgescence hémorrhoïdaire. — L'attention des malades et du chirurgien est presque toujours attirée sur les hémorrhoïdes par des troubles à la fois congestifs et inflammatoires, qui ont leur centre dans la région anale, et se produisent avec une sorte de périodicité sous forme de crises. Ces crises de turgescence s'observent surtout pour les hémorrhoïdes externes, plus rarement pour les hémorrhoïdes internes.

Sous l'influence d'excitations locales, constipation, irritation, fatigue, marche prolongée, ou à la suite d'un écart de régime une ou plusieurs hémorrhoïdes deviennent *turgescentes*.

Alors le sujet éprouve une sensation de gêne, de chaleur locale, de tension ou de pesanteur pénible du côté de la région anale. Il n'est pas rare d'observer en même temps, des empreintes, des faux besoins d'aller à la selle.

Les phénomènes du début s'accentuent. La marche devient douloureuse, puis la station assise ou debout et surtout la défécation.

La chaleur du lit augmente la congestion et par suite les démangeaisons. La nuit surviennent des élancements douloureux qui réveillent le malade.

Des envies conduisent le malade à la garde-robe ; les efforts sont répétés et souvent vains, ils accroissent encore la tension et les élancements douloureux. La défécation, très difficile à cause d'une constipation presque toujours opiniâtre, détermine des douleurs qui se propagent vers les organes génitaux et les voies urinaires.

Ce cortège symptomatique s'accompagne de phénomènes généraux tels que : céphalées, insomnies, cauchemars, troubles de la vue, vertiges, bourdonnements d'oreilles, congestion de la face. A ces troubles s'ajoutent de l'inappétence, parfois des nausées. La constipation est de règle avec langue saburrale. Ce sont là des phénomènes de dyspepsie, pseudo-dyspepsie de Sée. En même temps un mouvement fébrile survient, parfois intense avec frissons.

A l'examen de la région anale, on découvre, entre les plis rayonnés, une ou deux petites tumeurs ou un plus grand nombre disposées alors en corolle tout autour de l'anus.

Ces tumeurs ont une coloration rose ou violacée suivant qu'elles sont recouvertes par la peau ou par la muqueuse. Lisses, tendues, résistantes à la palpation, douloureuses à la pression, les bourre-

lets hémorrhoïdaires sont adhérents à l'anus par une base d'implantation assez large.

Tout autour des bourrelets les tissus sont fréquemment gonflés, œdémateux, luisants et toute la région ano-périnéale est occupée par des douleurs.

Les phénomènes de l'attaque d'hémorrhoïdes vont s'accentuant durant trois à quatre jours, demeurent stationnaires le même laps de temps, puis se terminent par l'une des modalités suivantes :

Résolution complète ou incomplète ;

Induration ;

Suppuration.

Résolution complète ou incomplète. — La résolution est la terminaison la plus fréquente. Les troubles fonctionnels et généraux s'amendent, la fièvre disparaît. Les phénomènes locaux s'atténuent. Les tumeurs diminuent de volume, la tuméfaction s'efface peu à peu et la crise de turgescence prend fin définitivement.

Parfois la résolution est complète ; en examinant la région anale on ne trouve pour ainsi dire plus trace de tuméfaction variqueuse.

Plus souvent la résolution est incomplète, l'hémorrhoïde passe à l'état flasque. Le mécanisme de cette transformation des hémorrhoïdes turgescentes en hémorrhoïdes flasques est double. Le sang coagulé contenu dans la cavité veineuse se résorbe ou bien il y a rupture de la paroi de l'ampoule au moment d'une défécation et évacuation consécutive des caillots.

La crise de turgescence terminée par résolution complète ou partielle (hémorrhoïde flasque), récidive rarement pour les hémorrhoïdes externes, fréquemment, au contraire, quand il s'agit des hémorrhoïdes internes.

Induration. — Quand les phénomènes inflammatoires passent de l'état aigu à l'état chronique ils ont pour conséquence de provoquer une induration de l'hémorrhoïde dont la texture subit diverses modifications. La petite tumeur, le plus souvent œdémateuse et rosée, est formée, à la périphérie, par un tissu blanc et dur, notablement vasculaire et, au centre, par une trame fibreuse, qui s'est substituée au trajet canaliculaire veineux, dont les parois se sont plus ou moins soudées.

L'hémorrhoïde indurée n'est plus susceptible, dans cet état, de présenter une nouvelle turgescence ; aussi est-elle la plupart du temps indolente. Cependant il est des exceptions et ces hémorrhoïdes indurées peuvent devenir le point de départ de souffrances vives.

Nous y reviendrons à propos des accidents douloureux.

Suppuration. — Le plus rare des modes de terminaison des crises de turgescence, du moins pour les hémorrhoïdes internes. La suppuration, consécutive en général à une inoculation septique (Quénu), se développe tantôt autour de la dilatation veineuse, tantôt et plus souvent dans son intérieur. On a un abcès phlébitique ou périphlébitique généralement circonscrit.

La suppuration détermine des douleurs vives, une réaction fébrile plus ou moins prononcée ; localement elle entraîne une rougeur diffuse et un gonflement œdémateux.

Les accidents de pyohémie sont extrêmement rares.

Abandonnés à eux-mêmes ces abcès s'ouvrent spontanément, ils peuvent donner lieu à des fistules, à des fistulettes ou laisser derrière eux des ulcérations.

Les crises de turgescence peuvent récidiver soit plusieurs fois dans la même année, soit à intervalles plus éloignés, c'est ce que l'on appelle : la crise ou attaque d'hémorrhoïdes.

A'. — Forme atténuée de la crise de turgescence. — Les accidents précédents caractéristiques de la crise de turgescence peuvent être atténués, revêtir moins d'acuité. Parfois tout se réduit à une sensation de gêne surtout dans la station assise ou dans la marche et à un peu de malaise.

Les accidents acquièrent peu d'intensité et ne donnent lieu à aucune réaction fébrile capable d'aliter complètement les malades ; la tumeur hémorrhoïdale est plus saillante, peu douloureuse au toucher, non dépressible ou laisse vider par la pression une partie de son contenu. La crise en un mot n'est que légère, ébauchée et après quelques jours de durée, elle s'éteint graduellement, souvent pour ne jamais reparaître.

MM. Quénu et Hartmann rapportent dans leur *Traité de chirurgie du rectum* une observation de cette forme mitigée de turgescence.

C'est un type de ce que M. Quénu dénomme la thrombose à froid

des hémorrhoïdes, observable surtout sur des hémorrhoïdes externes.

Quelles sont les hémorrhoïdes qui donnent lieu le plus souvent aux phénomènes de turgescence ? — Ce sont les hémorrhoïdes externes surtout.

La turgescence ou inflammation est aussi un facteur important dans l'éclosion des accidents qui surviennent au cours de l'évolution des hémorrhoïdes internes. Il en est ainsi pour l'irréductibilité, l'étranglement, la gangrène.

Quelle est la cause de la turgescence, quelle en est la nature, la pathogénie ; en quoi consiste la turgescence ? — De Montègre, à la suite des Stahliens, avait dit : c'est une fluxion ; mais ce n'est là qu'un mot mis à la place d'un autre. Y a-t-il simplement hyperémie, ou bien inflammation réelle, ou n'est-ce qu'une congestion ? En réalité il y a de tout cela dans la turgescence. La congestion est manifeste : c'est grâce à elle que la tumeur s'accroît et se tend, mais l'état inflammatoire est indéniable ; le processus fébrile qui accompagne la turgescence en témoigne. D'ailleurs les différentes terminaisons montrent la part qui revient dans la turgescence à la congestion et à l'inflammation (1).

La condition essentielle à la production des varices ano-rectales comme de toutes les varices est l'altération de la paroi veineuse, la phlébite. La cause ordinaire primordiale de la turgescence hémorrhoïdaire c'est l'infection de ces varices, c'est l'inflammation engendrant là, comme partout ailleurs, la vaso-dilatation des artérioles et veinules.

L'infection locale est la raison non exclusive mais ordinaire des turgescences et fluxions banalement observées chez les hémorrhoïdaires. L'extrémité inférieure du rectum n'est-elle pas de toutes les régions la moins préservée contre toutes les chances possibles d'infection. Les éléments infectieux ne manquent pas, les inoculations sont faciles, provoquées par une éraillure, une éruption insignifiante et les petits traumatismes incessants qui accompagnent les défécations un peu laborieuses. C'est de la même façon qu'agissent la diarrhée, les écoulements, le défaut de propreté, l'absence d'ablutions, le fait de s'essuyer avec du papier d'imprimerie gros-

(1) POTHERAT, *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 107.

sier, l'irritation produite par des helminthes, l'abus des purgatifs, toutes causes invoquées tour à tour. En résumé la phlébite est primitive et le résultat habituel de petites inoculations anales (Quénu) (1).

La simple fluxion hémorrhoïdaire n'est, d'après M. Quénu, que le réflexe vasculaire d'une thrombose partielle de nature infectieuse.

Suivant le même auteur, la fluxion hémorrhoïdaire n'est pas nécessairement la conséquence d'une thrombose même nettement infectieuse. L'indolence peut être complète, l'absence de réaction locale ou générale absolue, nous avons déjà cité un exemple de cette thrombose à froid en exposant le tableau clinique des crises de turgescence à forme mitigée.

Fluxion hémorrhoïdaire, thrombose, phlébite, ne sont d'après ce concept que des modalités de l'infection veineuse, en rapport vraisemblablement avec l'étendue de l'infection, la nature des agents microbiens et surtout leur virulence ; toute l'histoire des hémorrhoïdes est dominée par ce fait simple, l'inoculation des varices par les micro-organismes qui traversent l'intestin.

Le bacterium coli paraît être l'agent pathogène habituel de la phlébite hémorrhoïdaire ; il est dans certains cas associé à des staphylocoques. On a trouvé parfois dans les cultures le streptocoque seul, mais ce sont là des cas exceptionnels.

Turgescence et inflammation interviennent comme facteurs de premier ordre dans la production de l'accident dont nous allons maintenant nous occuper ; nous voulons parler de la gangrène, de l'hémorrhoïde procidente étranglée. Les hémorrhoïdes procidentes, irréductibles par étranglement inflammatoire, se terminent assez fréquemment en effet par la mortification du bourrelet infecté et étranglé.

B. — Etranglement hémorrhoïdaire. — C'est le quatrième degré clinique décrit par Gosselin aux hémorrhoïdes internes procidentes. L'étranglement des hémorrhoïdes internes n'est possible qu'à la condition que les sphincters ne soient pas trop compromis dans leur tonicité normale, dans le cas contraire on a un prolapsus simple de la muqueuse qui sera décrit ultérieurement.

(1) Quénu, *Traité de chirurgie*, volume II et *Chirurgie du rectum*.

Turgescentes et enflammées, les hémorrhoïdes internes viennent faire hernie au dehors, à travers le sphincter de l'anus. Il se produit une sorte d'ectropion inflammatoire amenant l'éversion au dehors des tumeurs hémorrhoïdaires primitivement intra-anales.

Dans cet état, les hémorrhoïdes ordinairement très douloureuses provoquent, par le mécanisme de l'état réflexe, la contracture des muscles sphinctériens. Cette contraction augmente encore la congestion qui arrive ainsi à ses dernières limites : le bourrelet procident devient irréductible.

L'inflammation et la thrombose consécutive, qui détermine elle-même l'irréductibilité, gagnent d'ordinaire le cercle des hémorrhoïdes externes et il est de règle qu'en examinant la région anale on observe deux bourrelets concentriques.

Dans les cas où l'irréductibilité se prolonge, la muqueuse ano-rectale ne tarde pas à subir des modifications profondes, la mortification se produit tantôt partielle, tantôt généralisée à toute l'épaisseur de la membrane, elle intéresse une plus ou moins grande partie du bourrelet. La chute des eschares engendre une perte de substance et c'est là une origine possible d'ulcère variqueux du rectum.

L'étranglement peut survenir dès le premier prolapsus, mais ce fait est exceptionnel. Un jour, sous une influence quelconque, les hémorrhoïdes sortent, elles deviennent très turgescentes et acquièrent un volume plus considérable ; les sphincters les étreignent alors et empêchent qu'elles ne rentrent spontanément. Les malades essayent-ils d'en obtenir la réduction, leurs tentatives restent infructueuses car l'application des doigts réveille une telle douleur qu'il leur est impossible d'exercer une pression suffisante.

C'est à ce moment que débute la crise, l'attaque d'étranglement hémorrhoïdaire dont les symptômes caractéristiques sont les suivants :

La tumeur devient le siège de douleurs violentes, des souffrances atroces éclatent sous forme de serrements, de déchirements, de brûlures.

Il semble au patient que l'on serre avec une tenaille la portion étranglée, qu'on la brûle au fer rouge ; les douleurs se propagent de la région anale jusqu'au col de la vessie chez l'homme et jusqu'au vagin et l'utérus chez la femme.

Continues, les douleurs s'exagèrent pendant la nuit d'où insomnie pénible : elles s'exagèrent encore, soit par le fait des contractions spasmodiques répétées des sphincters, soit au moindre contact des corps étrangers et à la plus petite pression que déterminent les mouvements ou le rapprochement des fesses ; aussi pour se soulager et éviter toute pression, voit-on les malades tenir les cuisses écartées, prendre les attitudes les plus bizarres. Ils se mettent à genoux et s'appuient sur les coudes de manière à tenir le siège élevé et à diminuer ainsi la pression que les fesses exercent sur les tumeurs devenues volumineuses (1).

Inutile d'ajouter que la marche et la station assise sont impossibles et que les malheureux ont même de la peine à se tenir couchés dans une position ou dans une autre. Pendant ces crises douloureuses,ils sont, en outre, tourmentés par de fréquents besoins d'aller à la garde-robe et les efforts auxquels ils se livrent sont une nouvelle cause de recrudescence des douleurs, qui deviennent véritablement intolérables, si au lieu d'un faux besoin une défécation s'effectue. A ces phénomènes s'ajoutent presque constamment du ténesme vésical et par suite de fréquents et pénibles besoins d'uriner suivis ou non d'une émission de quelques gouttes d'urine.

Tout d'abord il n'y a pas de fièvre ; mais bientôt elle apparaît et peut même devenir très élevée ; la langue est saburrale et il n'est pas rare d'observer des nausées et des vomissements. La défécation est impossible, le ventre se ballonne ; on a pu croire à l'existence d'une péritonite et l'on a vu la mort s'ensuivre. C'est là toutefois une terminaison absolument exceptionnelle.

A l'examen de l'anus on constate presque toujours l'existence de deux bourrelets circonférentiels : un bourrelet externe circulaire, formé par les hémorrhoïdes externes turgescentes et enflammées ; un second bourrelet concentrique au premier, constitué par les hémorrhoïdes internes et composé de trois ou quatre tumeurs arrondies, tendues, violacées, noirâtres.

Quelquefois l'aspect de ces bourrelets est celui d'une grappe de raisin noir, assez large pour cacher entièrement l'anus. Tout autour la peau de l'anus est tendue, œdématiée, luisante, rougeâtre et douloureuse.

(1) Gosselin, *loc. cit.*

Au bout de quatre ou cinq jours, une semaine tout au plus, pendant lesquels il existe une certaine exaltation nerveuse, divers troubles digestifs et une élévation de température en général modérée, la crise d'irréductibilité va cesser en affectant l'une ou l'autre des terminaisons suivantes : *résolution*, *gangrène*, *suppuration ou induration*.

Si les accidents inflammatoires n'ont pas acquis une trop grande intensité et si une hémorrhagie s'est produite par rupture des bourrelets étranglés, les tumeurs diminuent de volume et le prolapsus est réduit dans le rectum sous l'influence de quelques pressions méthodiques accompagnées d'applications froides. La crise s'est ainsi terminée par *résolution* et, à l'avenir, le malade peut rester à l'abri de tout accident semblable,quoiqu'une nouvelle attaque ne soit pas chose rare.

Un autre mode de terminaison assez fréquent est la *gangrène* partielle ou totale des bourrelets étranglés.L'étranglement provoque le sphacèle.

On voit alors, à la surface des petites tumeurs procidentes, apparaître des taches jaunâtres, puis noirâtres, qui ne sont autres que des eschares. Celles-ci se détachent, l'hémorrhoïde se vide alors ; les troubles fonctionnels diminuent d'intensité et la crise se termine après huit ou dix jours de souffrances par la réduction de la tumeur.

L'hémorrhoïde évacuée de son contenu et réduite forme une petite plaie, qui se cicatrise plus ou moins lentement par seconde intention en provoquant la guérison de l'hémorrhoïde procidente.

Cette guérison peut être totale s'il n'y a qu'une hémorrhoïde ; elle n'est que partielle s'il en existe d'autres. La gangrène peut donc être considérée jusqu'à un certain point comme un accident favorable.

Il ne s'agit alors que d'une gangrène partielle. Mais le sphacèle peut être total et alors les plus graves accidents d'infection sont à redouter et la mort peut même survenir.

Si le malade échappe aux premiers dangers, la vaste ulcération qui résultede cette gangrène étendue pourra par cicatrisation provoquer un rétrécissement incurable.

Résolution et gangrène, tels sont les deux modes de terminaison les plus fréquents de ces prolapsus irréductibles, de ces étrangle-

ments hémorrhoïdaires. Mais ils ne sont pas les seuls ; l'étranglement des hémorrhoïdes peut se terminer par *suppuration.*

L'inflammation qui accompagne toujours la congestion dans la turgescence des hémorrhoïdes irréductibles peut prendre un grand développement et on a la phlébite hémorrhoïdale suppurée.Parfois après la suppuration les hémorrhoïdes ont disparu. Mais si la suppuration peut provoquer la guérison elle peut être aussi l'origine d'accidents multiples, quelques-uns fort graves : abcès du tissu cellulaire circonvoisin, abcès stercoraux avec ou sans fistule consécutive, foyers purulents hépatiques, érysipèle, infection purulente, pyohémie.

Exceptionnellement on peut observer le passage à l'état chronique de l'inflammation c'est-à-dire l'*induration* des hémorrhoïdes, la transformation des bourrelets en tumeurs pédiculisables à la longue qui, chassées au dehors par la défécation, se présentent sous l'aspect de petits polypes ; pseudo-polypes dont la section est très facile.

Le nombre des crises de turgescence et d'étranglement chez les hémorrhoïdaires est variable.

Certains ne peuvent faire d'excès d'aucune sorte sans ressentir une tension douloureuse du côté de l'anus ; chez d'autres, les phénomènes de fluxion s'espacent et se comptent : la terminaison par gangrène partielle ou totale du bourrelet est un mode naturel de guérison passagère ou définitive des hémorrhoïdes.

Quoi qu'il en soit, il ne saurait être indifférent pour l'intégrité de la muqueuse rectale d'être ainsi soumise à une série de crises phlébitiques. Les altérations ordinaires de la muqueuse rectale au niveau et au-dessus de la zone hémorrhoïdaire subissent une recrudescence, il s'établit une véritable rectite chronique avec écoulement de mucosités irritantes et prurigineuses.

C. — Rectite hémorrhoïdaire (1).— Nous serons bref sur cet accident inflammatoire, assez rare du reste et qui n'est pas justiciable en général d'un traitement chirurgical ; mais nous ne pouvons le passer ici sous silence.

Le catarrhe chronique du rectum consécutif aux hémorrhoïdes s'observe surtout chez les vieillards. Il se traduit par quelques troubles fonctionnels et par un écoulement spécial.

(1) Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum.*

Les troubles fonctionnels accusent surtout l'atonie de l'intestin : les malades sont de plus en plus constipés : ils ont de la dyspepsie flatulente, des coliques sèches, des douleurs vagues au fondement et dans le bas des reins ; il y a là tout un ensemble symptomatique assez peu précis que l'on a désigné parfois sous le nom de coliques hémorrhoïdales.

L'écoulement de la rectite hémorrhoïdaire consiste en une sécrétion se rapprochant du muco-pus. L'abondance de cette sécrétion leucorrhéique peut devenir telle qu'elle traverse et empèse la chemise et coule sur les fesses et les cuisses,y déterminant de l'érythème, des érosions et obligeant le malade à se garnir. C'est à cet écoulement que Richet avait donné le nom assez pittoresque d'*hémorrhoïdes blanches.*

Le toucher rectal, pratiqué chez ces hémorrhoïdaires fluents, fait reconnaître en général un état de relâchement des sphincters et parfois une modification dans la consistance des tuniques du rectum qui deviennent moins souples, acquièrent une certaine induration. Cette transformation fibreuse peut aller jusqu'à la constitution d'un rétrécissement. Enfin la rectite hémorrhoïdaire est parfois ulcéreuse, il en résulte alors des saignements dont l'importance peut devenir très grande.

III. — **Sensations douloureuses.** — Les phénomènes inflammatoires, la turgescence, la fluxion et l'infection ont une part active dans la production des accidents douloureux chez les hémorrhoïdaires. Ces accidents reconnaissent d'une manière générale deux grandes causes : la procidence, les ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus.

On peut faire rentrer dans la division ci-dessous tous les accidents douloureux des hémorrhoïdes.

a) *Hémorrhoïdes internes procidentes réductibles avec douleurs.*

b) *Hémorrhoïdes internes procidentes douloureuses lentement et difficilement réductibles.*

c) *Ulcère variqueux du rectum et de l'anus.*

α) Ulcère variqueux irritable.

β) Ulcère variqueux non irritable.

A. — Hémorrhoïdes procidentes réductibles et douloureuses. — C'est là le deuxième degré de procidence de Gosselin. Ici le prolapsus hémorrhoïdaire est facilement réductible, mais pendant la pro-

cidence le malade ressent une douleur vive, cuisante,qu'il compare à celle que détermine une brûlure. Les souffrances presque toujours exagérées par le moindre contact, le moindre froissement persistent souvent après la réduction du prolapsus à tel point qu'elles simulent la douleur de la fissure anale.

A l'examen des bourrelets prolabés, on constate, sur un ou plusieurs points de leur surface, des excoriations superficielles dont la guérison met fin aux accidents douloureux. Ces excoriations sont habituelles d'après Gosselin et ce sont elles qui provoquent l'appareil douloureux. Les souffrances peuvent néanmoins exister en l'absence de toute érosion, cela se voit en particulier chez les femmes qui sont atteintes de divers accidents nerveux.

Les hémorrhoïdes procidentes et réductibles avec douleurs exposent aussi les malades aux pertes de sang et à l'anémie. Nous avons déjà parlé antérieurement de ces hémorrhagies.

B. — Hémorrhoïdes internes procidentes, douloureuses, lentement et difficilement réductibles.— Cet accident correspond au deuxième degré de procidence de Gosselin. Dans l'état précédent la procidence est douloureuse mais facilement réductible ; spontanément ou à l'aide de la main les hémorrhoïdes rentrent après la défécation. La variété des prolapsus que nous étudions maintenant est caractérisée par la lenteur avec laquelle s'opère la réduction. Gosselin a minutieusement décrit cet accident hémorrhoïdaire, nous lui ferons de larges emprunts (1).

Les hémorrhoïdes sorties ne rentrent pas d'elles-mêmes immédiatement après la défécation. Quelques pressions modérées sont également insuffisantes à les replacer dans le rectum. Elles restent au dehors pendant une demi-heure, une heure, deux heures et plus après la défécation. Durant ce temps le malade est gêné, ne marche pas aisément : il est obligé de se coucher, il est condamné à l'immobilité et même à la position horizontale.

Comme *symptômes fonctionnels* il y a d'abord la douleur ; le malade souffre même quelquefois très vivement parce que la région anale est le siège d'excoriations. Les douleurs sont moins vives lorsque ces excoriations n'existent pas, mais elles le sont encore assez pour que ce soit une incommodité réelle. C'est une sensation

(1) Gosselin, *Leçon clinique sur les hémorrhoïdes.*

désagréable de trop-plein et de corps étranger. C'est un faux besoin d'aller à la garde-robe et la croyance que la défécation n'est pas terminée.

Le malade fait de nouveaux efforts, il augmente ainsi et multiplie les contractions du sphincter et prolonge la durée de la procidence.

Souvent les efforts qui accompagnent les selles sont suivis de l'issue d'une notable quantité de sang, ce qui fait que les hémorrhoïdes internes sont tout à la fois procidentes et fluentes.

Le toucher et la pression augmentent la douleur ; il en est de même de la marche, à cause du frottement des fesses sur les hémorrhoïdes sorties.

Comme *signes physiques*, lorsqu'on examine la région malade, on trouve d'abord le bourrelet circulaire formé par les hémorrhoïdes externes lesquelles sont toujours enflammées concurremment en pareil cas.

Cette turgescence concomitante des hémorrhoïdes externes donne à la tumeur formée par le prolapsus un volume plus considérable et un aspect tout particulier.

En effet, concentriquement au bourrelet des hémorrhoïdes externes qui se distinguent par la couleur rosée de leur surface extérieure et l'aspect violacé de leur face interne, on voit une, deux ou trois bosselures arrondies, d'un rouge foncé ou violacé, dont la surface revêtue par la muqueuse souvent excoriée çà et là, est lisse, douce au toucher et couverte d'une couche de mucus. Ces tumeurs, formées par les hémorrhoïdes internes sorties, sont ordinairement irrégulières ; quelquefois elles forment un bourrelet circulaire concentrique à celui des hémorrhoïdes externes.

Comment se termine le prolapsus ? Peu à peu le sphincter se relâche, la tumeur s'ouvre çà et là et laisse échapper du sang, les bourrelets diminuent en perdant leur couleur foncée, la douleur disparaît et la muqueuse finit par reprendre sa place dans l'intérieur du rectum. Dans les premiers temps les malades recourent à des procédés plus ou moins bizarres, inefficaces souvent, dangereux quelquefois, pour hâter la rentrée des hémorrhoïdes, mais bientôt ils s'aperçoivent que le décubitus dorsal au lit est plus efficace que tous leurs procédés, et alors ils prennent l'habitude d'aller à la selle le soir seulement au moment de se mettre au lit. Ils y ajou-

tent quelquefois, l'application locale de compresses d'eau froide qui provoque l'expression des hémorrhoïdes et facilite la réduction. La rentrée des hémorrhoïdes fait cesser les accidents.

C. — ULCÈRES VARIQUEUX DU RECTUM ET DE L'ANUS (1). — Il ne s'agit pas ici des ulcérations ano-rectales spécifiques ou néoplasiques, mais bien des ulcères simples dus à l'action sur les parois intestinales du contenu ordinaire du rectum, déterminés ou entretenus par les micro-organismes qui habitent normalement l'intestin à la faveur surtout, et c'est là un facteur de premier ordre, de l'état trophique des parois intestinales.

La nutrition locale des parois rectales est modifiée, sinon compromise, par la dégénérescence variqueuse chez les hémorrhoïdaires et c'est ce qui explique la fréquence chez eux des ulcères simples.

L'ulcère variqueux du rectum a été décrit pour la première fois par Rokitansky qui l'appela ulcère hémorrhoïdal du rectum. « Aux autres ulcères destructifs de la muqueuse intestinale déjà cités nous devons ajouter encore une forme d'ulcère de la muqueuse rectale à la région du sphincter et dont la cause est l'inflammation des hémorrhoïdes ; c'est un ulcère à bords irrégulièrement dentelés : à sa base se voit souvent un réseau artériel provoquant des hémorrhagies considérables » (ROKITANSKY, *Pathol. anat.*, vol. III, p. 228).

En France, la première mention en est faite par Péan et Malassez.

L'ulcère variqueux de la région anale est assez fréquent ; si on le mentionne rarement, c'est qu'on ne l'a pas suffisamment cherché. Il faut dans tous les cas d'hémorrhagie par l'anus non pas se contenter du toucher, mais, après anesthésie locale, pratiquer l'examen direct au moyen d'un spéculum de Sims ; en faisant tourner l'instrument on arrive assez facilement à inspecter tour à tour chaque segment du cylindre anal et à découvrir la source de l'hémorrhagie. Chez la femme, il est une petite manœuvre qui facilite grandement l'exploration de l'anus : elle consiste à déprimer le sphincter anal de haut en bas au moyen d'un doigt introduit dans le vagin ; on ouvre ainsi et on déplisse l'anus comme le fait l'acte de la défécation. L'examen du conduit ano-rectal ainsi pratiqué

(1) QUÉNU, *Revue de chirurgie*, décembre 1892 et mars 1893. Ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus.

permet de se convaincre que la plupart des hémorrhoïdaires qui saignent d'une façon un peu persistante sont des porteurs d'ulcères.

Les ulcères variqueux s'observent à peu près à toutes les époques de l'âge adulte, mais leur fréquence est incontestablement plus grande chez les gens âgés.

L'ulcération primitivement ronde paraît une lésion tout particulièrement propre à la vieillesse ; l'ulcération fissuraire est de tous les âges ; elle peut, en s'agrandissant, donner naissance aux ulcères plus larges observés par Péan, Malassez et Quénu chez de jeunes femmes. La forme érosive est de même une complication possible de tout bourrelet hémorrhoïdaire.

La fissure est plus fréquente chez les femmes, ce qu'expliquent leur tendance plus grande à la constipation et les traumatismes, plus fréquents par suite, de la région anale par le bol fécal.

Toutes les plaies, même les moindres excoriations de l'anus, peuvent être l'origine de la fissure anale. Ainsi donc les causes d'éruptions péri-anales, herpès, eczémas, érythèmes sont causes de fissures de même que toutes les modifications anatomiques de l'anus qui rendent son excoriation facile. Parmi ces dernières, aucune n'est plus importante que l'altération hémorrhoïdaire. La plupart des fissurés adultes, sept à huit sur dix, suivant M. Quénu, ont des hémorrhoïdes. Celles-ci plus ou moins développées agissent à la fois en prédisposant à la constipation et principalement en modifiant la structure de la muqueuse dont le moindre traumatisme provoque alors la gerçure.

Ce traumatisme est presque toujours produit par le passage des matières fécales à travers la filière sphinctérienne qui, au lieu de céder, résiste et se contracte sur le corps traumatisant.

Constipation et altération hémorrhoïdaire de la muqueuse anale, telles sont les réelles et habituelles causes de la fissure anale (1).

L'ulcère variqueux du rectum peut affecter des sièges différents.

Les *ulcères intra-sphinctériens* limités à la traversée sphinctérienne, sont les plus fréquents. Ce sont des ulcères du conduit anal. La grande généralité des ulcères hémorrhoïdaux occupent la région anale du rectum et affectent la forme fissuraire.

(1) Quénu, *Traité de chirurgie du rectum.*

Les *ulcères sus-sphinctériens*, les plus rares, siègent sur la muqueuse du rectum proprement dit. Occupant les différents étages de la seconde portion du rectum, les ulcérations sus-sphinctériennes ont été observées par M. Quénu à 8 et 10 centimètres de l'anus, tantôt à la face antérieure, tantôt à la face postérieure de l'intestin.

Les ulcères intra et sus-sphinctériens ont tous une communauté de forme et de structure. Et d'abord, ce sont des ulcères arrondis: les fissures semblent échapper à cette règle, mais ce n'est qu'une apparence due au plissement de l'anus par la contraction tonique du sphincter. La forme ronde reparaît dès qu'on développe le conduit anal sous le chloroforme ou qu'on étale sur une plaque de liège, après excision, la muqueuse ulcérée.

Les dimensions des ulcères en surface et en profondeur sont essentiellement variables. Parfois on a une *érosion* extrêmement *superficielle* ; il semble qu'il s'agisse d'une simple desquamation épithéliale au niveau des bourrelets hémorrhoïdaires. A la surface d'une hémorrhoïde, on constate, au lieu de l'aspect lisse et violacé habituel, un état légèrement chagriné, ponctué de rouge vif par places. Cette érosion superficielle tire son intérêt de ce fait qu'elle entame une muqueuse déjà transformée en tissu caverneux. L'abondance des hémorrhagies, la gravité des symptômes contrastent avec la superficialité du mal ; les surfaces érodées saignent au moindre contact et il est facile de s'assurer que c'est bien de là que s'échappe le sang vermeil perdu par le malade.

Dans d'autres cas, les plus nombreux, on est en présence d'un *ulcère arrondi* (ulcère d'Allingham), d'un *large ulcère variqueux ou d'une fissure hémorrhoïdale*. Ces ulcérations importantes par leurs dimensions et en particulier l'ulcère large de Malassez, qui représente le type extrême de l'ulcère variqueux du rectum offrent les caractères suivants : de dimensions variant de 1 à 3 centimètres, ces ulcérations de forme arrondie présentent un fond inégal, rouge, des bords relevés et taillés à pic, souvent anormalement vascularisés. Un caractère fort important au point de vue du diagnostic, c'est que ces ulcères reposent parfois sur une plaque indurée, ce qui peut induire en erreur sur leur nature. Au pourtour de l'ulcération, ce qui domine du côté de la muqueuse, c'est la transformation caverneuse et quelques lésions irritatives. Dans certains ulcères variqueux fissuraires ou non fissuraires il existe une lésion maté-

rielle très appréciable des filets nerveux sous-jacents à l'ulcération. Il est probable que ces cas correspondent aux ulcères variqueux irritables et aux fissures hémorrhoïdaires très douloureuses, dites intolérantes. Il n'est pas difficile de comprendre comment s'établissent et persistent les ulcérations du rectum chez les hémorrhoïdaires. La muqueuse qui revêt une hémorrhoïde un peu ancienne est une muqueuse plus ou moins enflammée ; le moindre traumatisme, la moindre excoriation déterminent une nouvelle inoculation, une poussée de phlébite, la formation d'une eschare, etc. La persistance de l'ulcération s'explique aisément, si on songe non seulement aux défectueuses conditions de la circulation veineuse, mais encore à la facilité avec laquelle s'infectent continuellement les veines, exposées à la phlébite à la fois par leur nature variqueuse et par leur contact continuel avec des matières septiques. M. Quénu sur une de ses pièces d'ulcères a trouvé dans la paroi interne de vaisseaux thrombosés de nombreux staphylocoques. Que l'infection soit postérieure ou non à la lésion, il n'est pas moins évident qu'elle doit jouer un rôle considérable dans la permanence des lésions.

Si, au point de vue anatomique, on peut ramener les ulcères variqueux à deux formes : l'ulcère fissuraire et l'ulcère rond comprenant lui-même plusieurs variétés ; au point de vue clinique, il est préférable de distinguer dans l'ulcère variqueux deux types : *l'ulcère variqueux irritable, fissuraire ou non fissuraire et l'ulcère variqueux non irritable du rectum et de l'anus.*

a) Ulcère variqueux irritable. — Il peut être rond, il est généralement fissuraire. La symptomatologie de l'ulcère variqueux irritable, fissuraire ou non fissuraire, à siège intra-sphinctérien, se rapproche infiniment de celle de la fissure anale en général. Il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de décrire les signes de la fissure à l'anus.

Ses trois éléments cardinaux : ulcération à caractères spéciaux, douleurs se prolongeant après la défécation et contracture spasmodique de la région sphinctérienne, sont bien connus ainsi que ses deux variétés principales, tolérante et intolérante, magistralement exposées par Gosselin.

La fissure hémorrhoïdaire présente cependant quelques caractères cliniques qui lui semblent plus particuliers : les douleurs, de moindre durée, sont moins intolérables, plus souvent on observe,

après les garde-robes, un petit écoulement de sang, parfois réduit à quelques gouttes tachant le papier avec lequel le malade s'essuie, parfois plus important.

b) *Ulcère variqueux non irritable.* — Il comprend l'érosion superficielle de la muqueuse, les petits ulcères ronds sus ou intra-sphinctériens et l'ulcère plus large de la marge de l'anus de Péan et de Malassez.

Se rencontrant à tous les âges, mais plus fréquents chez les vieillards, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'ulcère variqueux non irritable tantôt unique tantôt multiple manifeste sa présence par trois symptômes principaux : des troubles de la sensibilité, un écoulement de mucosités plus ou moins purulentes, enfin des hémorrhagies.

Les *troubles de la sensibilité* sont généralement peu accusés. Certains malades n'éprouvent qu'un peu de ténesme, de fausses envies d'aller à la selle, le plus souvent une sensation de plénitude et de pesanteur à l'anus et des douleurs plus ou moins vives au moment du passage des matières, mais ils ne ressentent pas après ces souffrances qui caractérisent la fissure.

L'*écoulement de mucosités* est un phénomène fréquent chez les anciens porteurs d'hémorrhoïdes ; il prend une certaine signification dès qu'il s'y mêle du *pus*. Le liquide *muco-purulent* est évacué avec les garde-robes ou en dehors d'elles. Allingham insiste beaucoup sur la diarrhée matinale ; elle serait un signe des plus précoces et des plus caractéristiques.

Le symptôme le plus important, presque capital de l'ulcère du rectum, c'est l'*hémorrhagie*. Le mode et l'importance de l'écoulement sont éminemment variables.

L'hémorrhagie peut amener rapidement la mort par épuisement. M. Quénu en rapporte un exemple chez un vieillard de Bicêtre qui mourut en quelques jours.

L'hémorrhagie est alors grave d'emblée : l'écoulement a lieu d'une façon continue ; en quelques heures la vie du malade est compromise. Ce sont là des cas exceptionnels. Ailleurs l'hémorrhagie est encore abondante ; certains malades l'estiment, en l'exagérant, à 300 ou 400 grammes ; elle détermine une envie irrésistible d'aller à la garde-robe, puis le sang s'arrête.

Après quelques jours et parfois plusieurs semaines de répit, l'hé-

morrhagie reparaît. Quelques vieillards en sont avertis par une sensation de plénitude et de congestion vers le périnée ; chez la plupart des malades, chaque perte ne dépasse pas la valeur d'une cuillerée à soupe de sang ou moins encore et n'a lieu qu'à l'occasion des garde-robes ; tantôt et plus fréquemment celles-ci en sont distinctes, et comme arrosées. Le sang est généralement rouge et rutilant.

Malgré leur peu d'importance ces petits saignements acquièrent une réelle gravité à cause de leur répétition. Les téguments sont pâles, l'anémie est profonde ; ils entraînent des troubles généraux et des désordres fonctionnels d'une grande intensité. Ces derniers trouvent leur importance accrue encore, lorsqu'ils surviennent chez des gens déjà affaiblis par l'âge.

Livrés à eux-mêmes les ulcères variqueux (indépendamment des complications phlegmoneuses possibles et par conséquent des fistules) sont susceptibles d'amener la mort par les progrès de la cachexie, *cachexie hémorrhoïdaire*. Le dénouement peut être brusqué par une hémorrhagie un peu abondante.

M. Quénu n'a jamais observé d'ulcération variqueuse intéressant tout ou une grande partie du pourtour intestinal; aussi considère-t-il comme peu admissible la complication d'un rétrécissement consécutif à cette variété d'ulcère simple hémorrhoïdal.

Le *diagnostic* de l'ulcère variqueux du rectum comprend deux points : établir l'existence d'une ulcération du rectum, en déterminer la nature exacte.

Il ne suffit pas de jeter un coup d'œil sur l'anus et d'y reconnaître un bourrelet hémorrhoïdaire, il faut examiner le rectum avec le doigt et avec l'œil.

Le toucher est généralement douloureux en cas d'ulcère : le malade accuse une souffrance dès que le doigt frotte même légèrement la surface érodée. Celle-ci ne donne plus la sensation d'une membrane lisse et molle : tantôt simplement chagrinée et comme dépolie, elle devient dans d'autres cas rugueuse et semblable à une plaque dure. Cette exploration provoque parfois un léger saignement.

L'inspection au spéculum est de rigueur : la coloration et la dépression de la muqueuse au niveau de l'ulcération décèlent immédiatement cette dernière. On ne pourrait avoir de doute que sur

l'ulcération superficielle dite forme érosive. Mais la portion de muqueuse érodée tranche sur le reste par sa couleur rouge, son dépoli et cette constatation généralement facile que le moindre attouchement provoque l'issue de quelques gouttes de sang.

Le *diagnostic différentiel* de l'ulcère variqueux du rectum doit être fait avec les ulcérations syphilitiques et vénériennes, avec l'ulcère tuberculeux et enfin les néoplasmes ulcérés. Quant aux ulcères consécutifs à la dysenterie et au mal de Bright, les commémoratifs, l'examen général, l'analyse des urines empêcheront toute erreur.

Le chancre infectant de l'anus se distingue par ses caractères habituels, celui du rectum est absolument exceptionnel.

Les plaques muqueuses de la région anale, fréquentes, ont un aspect spécial ; elles coïncident souvent avec des fissures et des condylomes.

Les ulcérations syphilitiques de la période tertiaire sont très rares, difficiles à distinguer. Le traitement spécifique pourra lever les doutes.

Le chancre simple, plus fréquent,surtout chez la femme, apparaît avec ses caractères d'ulcère profond, à bords décollés et taillés à pic, à suppuration abondante ; il coïncide parfois avec des chancres mous de la vulve, s'accompagne souvent d'adénite. L'auto-inoculation ferait éviter la confusion si elle était possible.

L'ulcère tuberculeux du rectum se montre d'après Ball avec les caractères suivants : « Ses dimensions sont généralement considérables, son siège est rectal ou ano-rectal, sa forme est irrégulièrement arrondie, allongée dans le sens vertical, ses bords sont décollés et irréguliers, la muqueuse est infiltrée et épaissie à son voisinage ».

La vascularisation du fond et surtout celle des bords de l'ulcère variqueux sont un de ses caractères fondamentaux.

L'ulcère variqueux est d'ordinaire superficiel et n'a en aucune façon la tendance perforante des lésions tuberculeuses.

L'ulcère simple peut être confondu avec le néoplasme ulcéré du rectum. La cachexie, les hémorrhagies et l'écoulement sanieux sont signes communs ; le toucher peut donner la sensation d'une certaine induration autour du point ulcéré. Mais cette plaque dure est limitée à une surface, celle justement de l'ulcération ; elle n'a qu'une faible épaisseur et ne donne jamais au doigt cette sensa-

tion de noyaux et d'inégalités dures offerte par le carcinome.

Le diagnostic ramené à celui d'un ulcère simple, la nature variqueuse de la lésion, quel qu'en ait été d'ailleurs le point de départ (fissures vésicales d'herpès ou traumatisme), ressortira de la constatation d'hémorrhoïdes au siège même de l'ulcération ; l'ulcère variqueux n'étant pas fatalement celui qu'engendrent les varices, mais encore celui qu'elles entretiennent.

Quant au pronostic de l'ulcère variqueux il est en somme bénin à la condition de faire un diagnostic précoce et de le traiter chirurgicalement.

IV. — **Prolapsus de la muqueuse.** — Les sensations vagues de gêne et de constipation dont se plaignent les hémorrhoïdaires ont fréquemment pour point de départ le prolapsus de la muqueuse, depuis la simple éversion jusqu'à l'issue au dehors d'une petite portion de la muqueuse proprement dite.

Quand la procidence des hémorrhoïdes internes se répète fréquemment, le sphincter perd de sa contractilité ; la réduction est facile, mais elle ne se maintient pas. Chez nombre de malades l'éversion ou la procidence apparaissent de suite et spontanément ou sous l'influence d'un faible effort, rire, toux, éternuement, marche, expulsion des gaz. Il semble que les hémorrhoïdes aient perdu droit de domicile dans le rectum (Gosselin).

Le prolapsus est généralement partiel ; tantôt limité à un côté de l'anus, tantôt plus limité encore à un groupe de veines passant par les colonnes de Morgagni.

C'est à cette variété qu'Hamilton donnait le nom d'hémorrhoïdes en colonnes (Columnar pile).

L'anus présente un double ou triple bourrelet constitué par la peau soulevée, épaissie (couverte quelquefois de végétations rappelant des marisques), par les hémorrhoïdes procidentes et enfin par la muqueuse qu'elles ont entraînée.

Alors les frottements des fesses, du vêtement irritent ces parties, les enflamment ; une sécrétion leucorrhéique extrêmement abondante dont on trouve la trace sur la chemise s'établit.

Le malade ressent de la gêne et assez souvent des douleurs ; il y a une irritation érythémateuse du tégument. Cet état préoccupe considérablement le malade ; il ne tarde pas à tomber souvent dans une hypochondrie noire qui aggrave les quelques troubles généraux d'inappétence, de dysurie, cortège habituel de ces lésions.

CHAPITRE II

Indications thérapeutiques à remplir contre les hémorrhoïdes.

Nous venons de passer en revue les différentes variétés anatomo-cliniques des hémorrhoïdes et les multiples accidents qui peuvent survenir dans le cours de leur évolution chronologique ; nous sommes donc à même maintenant d'étudier d'une façon raisonnée les diverses indications thérapeutiques qu'elles peuvent présenter, et de préciser le traitement approprié que réclame chaque cas particulier.

Le sujet du travail que nous avons entrepris, la cure sanglante des hémorrhoïdes, nous limite forcément dans l'étude des considérations thérapeutiques auxquelles prête l'affection hémorrhoïdaire. Nous ne saurions, sans sortir du cadre que nous nous sommes assigné, nous étendre longuement sur le traitement médical et tous les traitements chirurgicaux qui ont été mis en œuvre contre les hémorrhoïdes.

Nous verrons donc rapidement le traitement médical, puis les interventions chirurgicales autres que l'exérèse totale, qui ont été préconisés contre les hémorrhoïdes et qui ont leurs indications particulières. Ceci fait, nous aborderons avec détails les indications de l'excision totale de la muqueuse hémorrhoïdaire et nous exposerons le plus minutieusement possible la technique de cette exérèse à la Whitehead telle que nous l'avons vu pratiquer par M. Lejars.

Le traitement varie suivant qu'il s'agit des hémorrhoïdes externes ou des hémorrhoïdes internes, de tumeurs isolées ou en bourrelet circonférentiel, suivant que les hémorrhoïdes sont ou non compliquées et d'après la nature des accidents qu'elles entraînent.

§ 1. — Traitement prophylactique et médical.

L'altération variqueuse des veines du rectum est à partir d'un certain âge un fait presque général. Elle ne prend que chez un petit nombre un développement capable de nécessiter un traitement chirurgical. C'est à s'opposer à ce développement que doit viser ce qu'on peut appeler le traitement prophylactique des hémorrhoïdes.

Ce traitement pourrait s'appeler « l'hygiène du rectum ». Accomplissement normal de la fonction, préservation contre les agents extérieurs ou intérieurs capables de léser l'intégrité des tuniques intestinales, tel est le but à poursuivre.

Nous ne pouvons écrire ici un chapitre sur la constipation et sur tous les moyens qui ont été mis en œuvre pour la combattre ; disons seulement que le choix des aliments intervient à titre de facteur important pour régulariser le fonctionnement du tube digestif, il faut en particulier proscrire les excitants et les boissons alcooliques.

La seconde indication consiste essentiellement à prévenir toute inoculation ano-rectale, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de phlébectasie notable, c'est là un précepte trop négligé et sur lequel les auteurs anglais attirent avec raison l'attention. « Beaucoup ne songent pas, dit plaisamment Allingham, que l'anus a besoin d'être lavé aussi bien que toute autre partie du corps ; une grande régularité dans les fonctions, une minutieuse propreté, voilà en somme en quoi se résume l'hygiène du rectum. »

Ces préceptes sont parfaitement applicables aux hémorrhoïdaires, les lavements, les bains, les lotions, sont autant de moyens d'obtenir une antisepsie relative.

On peut se trouver bien, en cas d'érythèmes, de démangeaisons, etc., de l'usage de solutions boriquées, en lavements, en lotions, ou en applications continues.

M. Quénu accorde plus d'importance à ces simples soins de toilette qu'à l'usage de toute une série de médicaments préconisés à diverses époques tels que l'extrait de capsicum, l'ergotine, l'hamelis virginaca, etc., etc.

Aux divers accidents provoqués par les varices rectales correspond toute une série de médications spéciales.

Contre les hémorrhagies on a préconisé les lavements froids ou

même glacés, les irrigations chaudes à 40 ou 45°, les bains chauds, les injections d'eau de Pagliari et de diverses préparations astringentes, telles que le sulfate de zinc, l'alun, le ratanhia, le tannin, etc., les suppositoires avec du sulfate de fer, ou diverses poudres telles que l'oxyde de zinc, le bismuth, l'iodoforme, etc. Ce ne sont là, comme le tamponnement du rectum, que des moyens palliatifs : les hémorrhoïdes qui saignent sont justiciables d'un traitement chirurgical.

Contre les accidents inflammatoires, on aura recours aux bains, aux pulvérisations chaudes, aux compresses boriquées chaudes.

D'après quelques médecins, les applications et les lotions froides procureraient plus de soulagement ; le fait est, en effet, exact pour certains hémorrhoïdaires, mais non pas pour la plupart et l'on a même observé que l'action de l'eau froide avait pour conséquence une plus longue durée des crises et une exagération de l'inflammation.

Les applications de calomel auraient parfois réussi, de même celles de glycérine iodo-iodurée préconisées par Preissmann. Cet auteur se sert d'une solution de 20 centigrammes, puis de 2 grammes d'iode dans 35 grammes de glycérine ; il applique sur les hémorrhoïdes durant trois ou quatre heures de petits tampons imbibés de cette solution ; puis il renouvelle ses applications. Les malades guériraient en trois semaines. Un grand nombre de pommades ont été mises en usage pour lutter contre les accidents inflammatoires et douloureux des hémorrhoïdes, pommades à base de morphine, d'atropine, d'antipyrine, de cocaïne. Employés au début, ces divers moyens, aidés d'un taxis méthodiquement et doucement fait, amènent en général la résolution des phénomènes inflammatoires ; s'ils sont insuffisants, si l'irréductibilité est absolue, l'intervention chirurgicale s'impose.

Indications du traitement médical. — Ce traitement médical est de mise pour les hémorrhoïdes externes et les hémorrhoïdes internes, surtout pour les hémorrhoïdes flasques intermittentes en dehors de toute complication grave hémorrhagique, inflammatoire ou douloureuse, que la douleur soit fonction de phénomènes de fluxion,thrombose ou dépende de la présence de fissures, ulcérations ou excoriations.

Ce traitement est encore l'une des médications de choix (à titre palliatif) pour les hémorrhoïdes dites symptomatiques.

Dans les cas où les hémorrhoïdes ne sont que l'un des symptômes d'une maladie organique, il est dangereux ou au moins inutile, à part quelques rares exceptions, de chercher à les supprimer par une opération. Tous les efforts thérapeutiques devront être dirigés contre la maladie pathogénique qui est en cause et ces efforts seront utilement secondés par les moyens médicaux capables de pallier les accidents locaux, moyens que nous venons de passer rapidement en revue.

Contre la maladie causale, on s'efforce de lutter par un traitement approprié variable suivant les cas. Les soins du médecin doivent être dirigés vers la maladie principale : cancer de l'intestin, rétrécissement du rectum, maladies de la prostate, de l'urèthre, de la vessie, des reins, du foie, de la rate, du cœur, des poumons, de l'utérus et des ovaires.

En résumé on doit considérer les affections viscérales qui engendrent les hémorrhoïdes comme une contre-indication à toute opération dirigée contre ces dernières ; toutefois, si un danger résultait ou de l'abondance d'une hémorrhagie ou d'une irréductibilité tenace, il ne faudrait pas hésiter à intervenir.

En tous cas la dilatation forcée du sphincter par exemple pourra toujours être tentée, elle peut être favorable lorsque les douleurs sont excessivement violentes.

Pour les hémorrhoïdes qui compliquent la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, c'est encore la médication palliative qui constituera la thérapeutique usuelle.

Pendant la grossesse, c'est l'hygiène qui doit dominer le traitement. Savoir bien régler son alimentation, éviter tout ce qui peut congestionner les organes du petit bassin et lutter contre la constipation telle doit être la règle de conduite conseillée aux parturientes.

Si les tumeurs se congestionnent et deviennent turgescentes on aura recours au traitement médical que nous avons indiqué pour les accidents inflammatoires. En cas d'étranglement et de sphacèle ou d'hémorrhagie abondante on pourra faire la cure radicale. M. Quénu l'a pratiquée avec succès chez une jeune femme enceinte de trois mois, en pleine crise avec étranglement et sphacèle partiel

d'un bourrelet d'hémorrhoïdes internes. La cure radicale de ces dernières apporta immédiatement le calme et le soulagement, sans présenter aucun retentissement fâcheux sur la gestation.

L'emploi des sangsues contre les accidents hémorrhagiques inflammatoires doit être rejeté chez les femmes enceintes. A la suite de leur application on a vu se produire des complications et des avortements.

Durant l'*accouchement*, il ne faut pas hésiter à pratiquer le débridement latéral, si l'on craint une rupture du périnée, capable d'intéresser en même temps les tumeurs variqueuses, ce qui pourrait donner lieu à une hémorrhagie grave. Les hémorrhoïdes sont-elles douloureuses? les badigeonnages avec une solution de cocaïne au dixième sont d'un utile emploi.

Enfin, lorsque pendant les suites de couches, les accidents hémorrhoïdaires dont la disparition spontanée n'est pas rare ont persisté ou n'ont pas cédé au traitement palliatif ordinaire on pourra être conduit, si ces accidents revêtent de la gravité, à recourir à l'intervention chirurgicale : dilatation suivie ou non de l'exérèse.

§ 2. — Traitement chirurgical.

A. — **Indications générales.** — Le traitement chirurgical varie dans une certaine mesure suivant qu'il s'agit des hémorrhoïdes externes ou des hémorrhoïdes internes et suivant la nature des accidents qui viennent compliquer les unes et les autres ; il diffère également et surtout selon que l'on est en présence de bourrelets partiels ou de bourrelets en couronne circonférentielle soit simple soit double.

Et d'abord les hémorrhoïdes externes sont-elles justiciables d'un traitement chirurgical ? Sommes-nous légitimement autorisés à subordonner notre conduite thérapeutique aux préceptes suivants formulés par Gosselin :

1° Pour les hémorrhoïdes flasques, molles et indolentes, il n'y a absolument rien à faire.

2° Pour celles qui sont légèrement turgescentes, sans douleurs, avec un peu de tuméfaction, rien à faire encore que quelques applications froides.

Certaines variétés de ces hémorrhoïdes externes sont si peu gê-

nantes que l'on comprend aisément l'indifférence des malades à leur égard. Les hémorrhoïdes externes prêtent assurément moins à l'intervention chirurgicale que les hémorrhoïdes internes ; des soins de propreté suffisent généralement à prévenir toute complication ; cependant la gène que certaines apportent à la défécation, leur prédisposition aux fissures, aux excoriations, la persistance des démangeaisons justifient un acte opératoire. Le traitement chirurgical qui, dans l'espèce, est curatif, s'impose s'il survient du gonflement, de la douleur, tous les signes en un mot d'une phlébite.

Les hémorrhoïdes internes admettent moins souvent l'abstention opératoire ; la répétition et l'importance des hémorrhagies, le continuel prolapsus ou sa production facile pendant la marche, le retour fréquent des crises douloureuses, l'irréductibilité du bourrelet sont autant d'indications pour intervenir chirurgicalement.

Ces indications générales de l'acte opératoire étant posées, à quel procédé faut-il de préférence s'adresser ? Les méthodes sont nombreuses, les procédés innombrables. Nous allons passer en revue les divers modes d'intervention autres que l'exérèse totale, et nous essaierons de déterminer leurs indications. Ceci fait nous nous occuperons de l'excision totale de la muqueuse hémorrhoïdaire ; nous spécifierons ses indications, nous en donnerons la technique, puis nous discuterons les accidents qui ont été signalés à sa suite.

B. — **Types divers d'ablation partielle et procédés de modification.** — Multiples sont les procédés autres que l'exérèse complète de la muqueuse qui ont été préconisés contre les accidents hémorrhoïdaires.

Nous ne retiendrons ici que les principaux, les autres seront seulement rapidement énumérés.

Et tout d'abord nous ne ferons que citer les procédés dits de modification dont le but est d'obtenir la rétrogression lente des hémorrhoïdes par des agents modificateurs, les uns déposés à la surface, les autres portés au centre même des tumeurs ; dans ce cadre rentrent les badigeonnages médicamenteux, les cautérisations superficielles et partielles, l'électrolyse et les injections interstitielles.

Parmi les applications locales faites à la surface de la muqueuse, les plus en honneur sont : la glycérine phéniquée, le sous-sulfate de fer, l'ichthyol et l'acide nitrique. Ce dernier agent a été surtout

vanté par Gosselin. Le traitement est long, horriblement douloureux, détermine la chute d'eschares, la formation possible de fissures ; il n'était acceptable qu'à l'époque où la pyohémie régnait en maîtresse.

La cautérisation ignée superficielle de Demarquay, la cautérisation interstitielle avec une fine pointe de thermocautère ou mieux encore avec le galvanocautère sont préférables.

L'*électrolyse* peut aussi rendre quelques services dans des cas spéciaux, lorsqu'on a en traitement un malade affaibli et pusillanime à qui répugne une opération radicale, lorsque dans ces conditions il existe des hémorrhagies dues principalement à la transformation érectile de la muqueuse rectale.

La technique à suivre pour l'électrolyse serait la même que pour les angiomes.

Nous préférons pour notre part avoir recours dans ce cas à l'exérèse totale. On a cherché également à obtenir la modification des hémorrhoïdes par des injections interstitielles de substances irritantes, telles que solutions de sulfate de fer, de chlorure de zinc, de perchlorure de fer, de créosote de hêtre, d'extrait d'ergot de seigle, d'acide tannique, d'éther iodoformé. Les Américains emploient surtout les injections de glycérine phéniquée préconisée par Mitchell, Kelsey, Andrews. C'est le traitement américain qui n'a pas rallié tous les suffrages des chirurgiens du Nouveau-Monde, nous devons le dire. La durée de ce traitement est longue, il est vrai, mais les malades ne sont pas confinés au lit.

M. Quénu ne retient parmi les procédés de modifications que la galvano-caustique et l'électrolyse (Quénu, *Chir. du rectum*).

La méthode *destructive* dont le but est de supprimer les tumeurs variqueuses agit plus rapidement que la méthode précédente ou méthode modificatrice. Cette méthode destructive comprend des procédés multiples. Il en est quelques-uns que nous passerons sous silence : tels sont la torsion, l'énucléation et l'excision simple, l'incision simple, que l'on a complètement abandonnées aujourd'hui à cause des dangers qu'elles font courir (hémorrhagie secondaire, infection purulente, etc.).

Pour remédier au danger d'hémorrhagie, on a essayé d'employer le serre-nœuds de Maisonneuve, et Chassaignac avait appliqué aux hémorrhoïdes l'écrasement linéaire. En procédant avec l'écraseur

linéaire ou le serre-nœuds, on ne se met pas à l'abri de la phlébite, ni même de l'hémorrhagie, en outre l'écrasement linéaire total expose au rétrécissement cicatriciel consécutif.

Aujourd'hui, l'écraseur linéaire n'a plus qu'un intérêt purement historique.

Quant à la *cautérisation potentielle* à l'aide de substances chimiques (potasse caustique, acide azotique, chlorure de zinc, nitrate acide de mercure), elle a l'inconvénient d'être dangereuse souvent, incertaine quelquefois, douloureuse toujours ; aussi est-elle justement tombée dans l'oubli. Il en est de même de *la cautérisation ignée totale.*

Nous arrivons maintenant aux procédés d'ablation partielle des hémorrhoïdes, mais avant d'aborder cette étude, il nous faut parler d'une méthode d'importance capitale, qui constitue une grande ressource, nous avons nommé la dilatation anale.

Dilatation anale. — La dilatation anale est comme le prologue obligé de la plupart des opérations sur l'anus. La dilatation de l'anus dédaignée par les Anglais est très en honneur chez nous ; elle vise à rétablir les voies d'échappement des canaux de sûreté qui, à travers les sphincters, relient les hémorrhoïdales supérieures aux inférieures. Ces voies d'échappement seraient oblitérées par la contracture sphinctérienne. On fait disparaître celle-ci par la dilatation forcée de l'anus et du même coup cessent les crises douloureuses, la constipation et tous les accidents des hémorrhoïdes ; bien plus on obtiendrait ainsi la guérison de l'affection hémorrhoïdale.

Maisonneuve employa le premier la dilatation anale contre les hémorrhoïdes et Fontan a consacré à ce sujet un important travail en 1877. Ce dernier, atteint lui-même d'une fissure hémorrhoïdaire, subit la dilatation. Or, « non seulement les symptômes de la fissure cessèrent, mais avec eux, écrit-il, je vis disparaître aussi les autres complications, constipation, hémorrhagies quotidiennes, turgescence permanente, procidence, réduction lente et difficile, etc. ». C'est Verneuil surtout qui a vulgarisé l'emploi de la dilatation anale.

La dilatation du sphincter s'exécute soit avec les doigts, soit avec un spéculum, après avoir endormi le malade, sans oublier que des syncopes réflexes sont possibles au cours de cette intervention.

Laquelle de ces deux méthodes, dilatation digitale et dilatation

instrumentale, est préférable ? Les partisans de la dilatation digitale font valoir que l'on se rend mieux compte de la force développée et des effets de la dilatation ; les partisans de la dilatation instrumentale trouvent dans le spéculum un instrument qui agit d'une façon plus régulière et plus efficace.

Pour M. Potherat, la dilatation instrumentale offre un avantage très important : en faisant, dit-il, la dilatation instrumentale, on ne s'expose pas à se polluer les mains et à infecter les doigts qui vont quelques minutes plus tard, lorsqu'on doit faire le Whitehead, être en contact immédiat avec une plaie vive et avec une plaie qu'il importe, on l'a assez répété, de maintenir très antiseptique, pour éviter l'échec de la réunion immédiate. Aussi à moins de se munir de gants protecteurs d es doigts, M Potherat estime que la dilatation préalable doit être faite de préférence avec un instrument et avec le spéculum de Trélat en particulier.

Quant à nous, nous avons vu M. Lejars se servir pour la dilatation anale tantôt des doigts tantôt du spéculum et dans les deux cas, les résultats ont été favorables. La dilatation doit être faite avant de passer à l'asepsie des mains qui, sans conteste, doit être parfaite pour assurer la bonne réussite de la cure sanglante.

Les suites opératoires sont des plus simples ; on note seulement de la lassitude et quelques douleurs locales qui persistent peu de temps et chez certains malades, un peu de dysurie et de catarrhe rectal dont on vient facilement à bout. Le sphincter insuffisant pendant quatre ou cinq jours ne tarde pas à reprendre sa forme et sa tonicité, la défécation se rétablit régulièrement et la congestion disparaissant, les bourrelets se réduisent. On observe un affaissement des tumeurs hémorrhoïdaires qui, tout en étant flétries, restent ou non procidentes sans donner lieu à aucun trouble important. Les bourrelets hémorrhoïdaires persistent parfois assez volumineux pendant quelques mois, sans être accompagnés d'aucune douleur ; il est nécessaire d'en être prévenu pour ne pas tenter une nouvelle dilatation, que la rentrée ultérieure des tumeurs rend inutile.

La dilatation anale a le grand mérite d'être d'une exécution facile et de ne présenter aucun danger. L'efficacité de ce procédé est aujourd'hui universellement constatée. Le seul reproche qu'on puisse faire à cette opération c'est que la récidive rare, il est vrai,

survient parfois. « On peut formuler des espérances, indiquer des probabilités, dit M. Monod, malheureusement ces espérances ne sont pas toujours réalisées ; on a vu revenir des malades qui, ayant déjà subi la dilatation, insistaient pour qu'on les débarrassât définitivement des hémorrhoïdes. »

M. Reclus, avec preuves à l'appui, a démontré à la Société de chirurgie que les bons effets attribués à la dilatation anale n'étaient pas durables et que, dans bon nombre de cas, on ne faisait que soulager momentanément les malades. Il avait, disait-il, constaté dix récidives et parmi les observations dont il appuyait ses démonstrations, une est devenue classique, celle de ce professeur qui, à intervalles réguliers, avait subi, dans l'espace de onze années, trois fois la dilatation forcée de l'anus.

Depuis, les faits ont donné raison à M. Reclus, et aujourd'hui tous les chirurgiens admettent que la dilatation ne procure pas au malade une guérison définitive. Comme le disent MM. Quénu et Hartmann, « la dilatation de l'anus, souveraine contre les accidents des hémorrhoïdes, est absolument insuffisante à guérir ces dernières ; elle est impuissante dans la plupart des cas contre la maladie elle-même ». Elle ne peut faire que lever, et souvent d'une façon passagère, la contracture sphinctérienne et les accidents douloureux qui découlent de cette contracture (obs. XXIV).

Indications de la dilatation anale. — Elle rendra de réels services, notamment dans les cas d'hémorrhoïdes peu volumineuses compliquées de fissure avec contracture sphinctérienne. Dans ces cas, elle guérira la fissure et souvent les hémorrhoïdes n'étant plus douloureuses ne nécessiteront pas une autre intervention.

Certaines crises hémorrhoïdaires, sans qu'il y ait procidence des bourrelets, consistent parfois en une contracture excessivement douloureuse en dehors de tout état fissuraire de la région anale. Ces crises de contractures, dues simplement à une petite coagulation phlébitique et intra-anale, peuvent se prolonger et amener dans le rectum et le côlon descendant une accumulation de matières, allant presque jusqu'à constituer une occlusion intestinale.

M. Quénu, dans un article sur les hémorrhoïdes de la *Presse médicale* du 15 juin 1898, en cite un exemple très remarquable. Il fut appelé auprès d'un malade, qui présentait une réplétion abondante de l'S iliaque par des matières stercorales. On avait pensé à un ré-

trécissement de la partie inférieure du rectum et, en réalité, il s'agissait d'un simple spasme du sphincter.

Pour ces cas en particulier, comme le fait remarquer M. Quénu, il ne saurait être question d'une intervention sanglante, la vacuité du rectum condition indispensable n'étant pas possible. C'est bien là le triomphe de la dilatation anale qui fait cesser les douleurs et améliore, sinon guérit l'état hémorrhoïdaire.

La dilatation anale constitue le traitement par excellence de la rigidité sphinctérienne qui complique si fréquemment l'affection hémorrhoïdaire. Mais le spasme de l'appareil sphinctérien ano-rectal n'est pas constant dans tous les accidents hémorrhoïdaires ; on voit souvent chez les vieux hémorrhoïdaires, quelquefois chez des sujets jeunes,une véritable atrophie sphinctérienne entraînant l'incontinence fécale et le prolapsus. Dans ces cas où le sphincter est flasque, on ne saurait attribuer les accidents à la stase hémorrhoïdaire. par contraction sphinctérienne, par barrage sphinctérien. La dilatation forcée ne saurait par suite être d'aucun secours, ne devrait-elle pas au contraire être remplacée par une méthode inverse s'il était possible (1) ?

En résumé la dilatation anale pure et simple ne saurait être tenue pour une méthode curative dans tous les cas ; c'est une médication palliative, un procédé d'urgence en quelque sorte, anesthésique et résolutif, très précieux à opposer aux crises douloureuses (turgescence, étranglement). Les varices anales peu volumineuses avec contracture sphinctérienne et spécialement état fissuraire seront avantageusement traitées par cette dilatation.

Si les hémorrhoïdes constituent des bourrelets isolés, et *a fortiori* si elles forment un simple ou un double bourrelet circonférentiel, la dilatation anale ne saurait à elle seule assurer la guérison définitive, elle ne doit alors constituer que le premier temps d'une opération plus radicale du genre de celle que nous allons décrire et plus spécialement de l'excision.

Des divers types d'ablation partielle.— En présence d'hémorrhoïdes externes peu développées ou du moins bien circonscrites on ne peut songer, ainsi que le fait remarquer M. Lejars, à une intervention large comme le Whitehead. Il existe une foule de

(1) Lejars, Cure radicale des hémorrhoïdes. *Leçons cliniques de la Pitié*, 1893-1894.

procédés plus simples parmi lesquels on peut choisir alors ; ce sont tous les différents modes d'ablation partielle, c'est-à-dire :

1° L'ignipuncture ;

2° La volatilisation ou cautérisation et étranglement combinés ;

3° L'excision des hémorrhoïdes au thermocautère ou au galvanocautère après le placement préalable d'un clamp ; fer rouge combiné avec les excisions et l'étranglement par un clamp ;

4° La ligature simple ou complétée par l'excision et la suture ;

5° L'excision au bistouri ou aux ciseaux suivie de la ligature des lèvres de la plaie.

Disons de suite que, dans tous les cas, quel que soit le procédé d'ablation partielle employé, il est nécessaire, avant de la pratiquer, de faire une ample dilatation anale préliminaire.

1° Ignipuncture. — Si la cautérisation totale simple est aujourd'hui et à juste titre complètement abandonnée, il n'en est pas de même de l'ignipuncture. Cette méthode est susceptible de donner de bons résultats pour les hémorrhoïdes partielles. La cautérisation ignée interstitielle, préconisée par Gosselin, Verneuil, Calmeille et Lartisen, compte de nos jours de nombreux partisans. MM. Tillaux, Pozzi, Lejars, Potherat, Schwartz, Nimier, Tuffier, Ollier, Bazy, Berger, Picqué, l'emploient fréquemment.

Ce n'est pas comme moyen d'exérèse qu'on emploie le thermocautère dans cette méthode, on introduit la pointe du thermocautère dans l'épaisseur des bourrelets, on fait de la cautérisation interstitielle dans le but de détruire le tissu de l'hémorrhoïde.

Cette ignipuncture, pour être hémostatique, doit être faite avec le thermocautère porté au rouge sombre. M. Tillaux, qui emploie l'ignipuncture à peu près exclusivement dans la cure des hémorrhoïdes, conseille pour éviter les hémorrhagies de presser sur les tissus de façon à accoler les parois des artères avant de les diviser.

2° Volatilisation. — La volatilisation des hémorrhoïdes, imaginée par le professeur Richet, se pratique à l'aide de la pince-cautère écrasante spécialement construite pour cet usage. Avec cet instrument l'écrasement se trouve associé à la cautérisation. La pince-cautère est chauffée à blanc puis appliquée sur l'hémorrhoïde préalablement attirée et maintenue au dehors par un fil métallique passé à sa base. On saisit l'hémorrhoïde qu'on serre jusqu'à ce qu'il ne reste plus entre les mors de la pince que le fil métallique et

un peu de cendres, reliquat de cette espèce de volatilisation des hémorrhoïdes. L'instrument de M. Richet est doué d'une grande puissance destructive. Il permet de détruire tout le paquet hémorrhoïdal. Il faut avoir soin, quand on l'emploie, de protéger les tissus voisins contre l'irradiation calorique en les recouvrant de compresses mouillées. On pratique habituellement l'anesthésie générale du malade quand on a recours à la volatilisation.

MM. Schwartz, Potherat, Bary, Berger, ont obtenu et obtiennent encore tous les jours d'excellents résultats avec la pince-cautère écrasante. M. Schwartz réserve la volatilisation pour les grosses hémorrhoïdes infectées, enflammées, ou ulcérées. M. Bary l'utilise pour les hémorrhoïdes volumineuses énormes, qu'elles soient ou non enflammées ; il existe pour lui une indication importante de la volatilisation, c'est l'état d'anémie extrême dans lequel se trouvent quelques malades qui ont trop longtemps obéi à cette croyance erronée d'après laquelle il faut, sous peine d'accidents graves, respecter les hémorrhoïdes.

3° Excision des hémorrhoïdes au thermocautère ou au galvanocautère après le placement préalable d'un clamp ; fer rouge combiné avec les excisions et l'étranglement par un clamp. — On cherche dans ce procédé à prévenir l'hémorrhagie en écrasant les vaisseaux, et à protéger les tissus voisins de la tumeur hémorrhoïdaire contre les rayonnements caloriques en isolant le bourrelet à l'aide d'un clamp pour le cautériser ensuite. C'est de ce procédé que dérive la volatilisation de Richet. D'après Daniel Mollière, les chirurgiens de Lyon emploient souvent la cautérisation ignée après avoir étranglé l'hémorrhoïde dans une pince.

Dans ce procédé mixte on s'applique à n'enlever que les bourrelets saillants, à ménager la muqueuse intermédiaire.

On se sert dans ce but d'un clamp, d'une pince qui limite l'action du feu en écrasant les vaisseaux et tous les tissus en amont. Les bourrelets sont attirés au dehors au moyen d'une pince à mors fenêtrée qui ne blesse pas les tissus. La tumeur saisie et attirée au dehors, on la tord au besoin pour en pédiculiser la base, puis on saisit celle-ci entre les mors de l'un des clamps de Smith, de Lee, d'Allingham ou à l'aide de la pince à phimosis de Collin ou d'une simple pince à forcipressure comme le conseillent MM. Forgue et Reclus.

Le bourrelet pédiculisé est excisé directement au thermocautère, passé à ras des branches de l'instrument étranglant, ou bien on en pratique d'abord l'excision soit avec un bistouri soit avec des ciseaux, puis dans un 2e temps on dessèche avec le thermocautère la surface d'excision jusqu'à ce qu'aucune goutte de sang ne sourde lorsqu'on relâche la striction du clamp. L'hémorrhagie est insignifiante si l'on a opéré au rouge brun hémostatique.

4° Ligature simple ou modifiée. — La ligature est un procédé très ancien, elle aurait été employée par Hippocrate, elle a été tour à tour délaissée et reprise. De nos jours elle est adoptée par nombre de chirurgiens anglais et américains tels que Allingham, Bodenhamer, Cripps, etc.

En France, MM. Quénu, Potherat, Routier, Lejars l'emploient avec des modifications qui ont fait l'objet d'une étude spéciale de la part de Kiriac. La ligature simple est la méthode préférée d'Allingham. Voici sa pratique : après les préparatifs et les préliminaires d'usage, y compris la dilatation digitale des sphincters, on détermine le nombre de paquets à enlever.

Chacun d'eux étant saisi avec une pince à pression, on incise avec des ciseaux, à l'union de la peau et de la muqueuse et, sectionnant parallèlement à l'axe du rectum, on sépare la face externe des hémorrhoïdes des couches sous-jacentes, ne s'arrêtant que lorsqu'on est au niveau d'une muqueuse saine. L'hémorrhoïde se trouve ainsi pédiculisée, on n'a plus qu'à lier. La ligature est faite à la soie, serrée étroitement, puis les hémorrhoïdes ainsi traitées sont rentrées dans le rectum. On a pris soin de commencer par les paquets postérieurs, afin de n'être pas gêné par le sang.

Allingham estime à 6 ou 7 jours le temps nécessaire à la chute des ligatures et à une quinzaine de jours la durée de la cicatrisation. Cette méthode, qui a donné d'excellents résultats à son promoteur, est susceptible d'un reproche sérieux, la présence d'une plaie ultérieure, voie ouverte à l'infection.

M. Quénu,qui emploie la ligature pour certaines tumeurs hémorrhoïdaires isolées et bien circonscrites, modifie de la façon suivante la technique d'Allingham. Après avoir pédiculisé les hémorrhoïdes, comme le fait ce chirurgien, il suture la solution de continuité de la muqueuse causée par la formation du pédicule, les deux lèvres de la plaie sont rapprochées de façon qu'il ne passe plus au

travers que le pédicule de l'hémorrhoïde, absolument comme le pédicule en dehors d'une hystérectomie abdominale passe à travers les parois suturées de l'abdomen. C'est une sorte de combinaison de la ligature et du procédé de Whitehead effectué partiellement. Ce *modus faciendi* a l'avantage de ne pas laisser une ou plusieurs plaies ouvertes dans le rectum et prêtes à s'infecter.

D'autres modifications utiles ont été apportées au manuel opératoire d'Allingham ; à l'exemple de Kiriac, de Ball, etc. on peut exciser après ligature.

L'excision se fait soit aux ciseaux, comme la pratique M. Potherat, soit à l'aide du thermocautère. La ligature suivie de l'excision au thermocautère est la méthode préférée de M. Lejars pour les ablations partielles des hémorrhoïdes (observations XL et XLI).

Voici comment on procède : l'hémorrhoïde étant saisie avec une pince tire-balle, on passe à sa base, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, un fort catgut, on fait une double ligature enchaînée et au-dessous on sectionne au thermocautère. S'il s'agit d'un bourrelet volumineux, une série de fils en anse sont passés à sa base, croisés deux à deux, liés en couronne, chacune des anses enserre environ un centimètre de pédicule. Ce procédé est d'application simple et bénigne, au bout d'une quinzaine de jours les fils et les petites eschares sont tombés et les petites surfaces granuleuses qu'elles laissent au-dessous d'elles achèvent alors de se cicatriser.

Il est bien entendu que ce procédé ne s'applique qu'aux hémorrhoïdes partielles peu développées, la muqueuse paraissant saine dans sa plus grande étendue.

Lorsqu'on a affaire à des hémorrhoïdes non tuméfiées, c'est-à-dire en dehors des crises de turgescence, il arrive parfois que certains paquets hémorrhoïdaires tout à fait affaissés n'apparaissent pas au moment où l'on opère et ne sont pas traités. Quarante-huit heures ou 72 heures après l'intervention ils deviendront turgescents sous l'influence de l'acte opératoire.

Il ne faut donc pas, même dans les cas bien limités qui paraissent les plus favorables, s'attendre à un résultat toujours parfait (observations IV, VI et XXIV). C'est la cure sanglante à la Whitehead qui seule est susceptible de fournir ce résultat.

M. Potherat a recours lui aussi à la double ligature passée à la base du paquet hémorrhoïdaire ; il se sert de soie, puis il excise aux

ciseaux la portion périphérique du bourrelet. Le thermocautère nous semble plus avantageux, il assure mieux l'hémostase.

M. Routier procède de la façon suivante pour les hémorrhoïdes partielles. Après avoir pratiqué dans un premier temps la dilatation anale forcée, il enserre ensuite fortement par une ligature à la soie chaque tumeur,pédiculisée à l'aide d'une légère traction exercée par une pince de Museux. M. Routier ne fait qu'une ligature simple, ensuite, avec le couteau du thermocautère, il ouvre en quatre, comme une grenade, la tumeur préalablement liée, dans le but, dit-il, de faciliter la chute de l'eschare que produit la ligature. Cette opération est répétée autant de fois qu'il y a de tumeurs hémorrhoïdaires, ordinairement quatre ou cinq ligatures sont suffisantes pour débarrasser le rectum de toutes ses tumeurs. Nous avons vu maintes fois M. Lejars, en présence de tumeurs hémorrhoïdaires de volume notable, pratiquer après la ligature préalable les cautérisations cruciales dont use M. Routier.

Ces différents procédés de ligature combinés avec l'excision employés par MM. Lejars, Routier, Potherat et Schwartz, se recommandent par leur simplicité qui permet de les employer partout, leur rapidité d'exécution et l'absence de toute perte de sang, ainsi que par l'inutilité, dans bon nombre de cas, de l'anesthésie générale, ce qui permet de les appliquer à tous les malades.

5° Excision au bistouri ou aux ciseaux suivie de la ligature des lèvres de la plaie. — M. Monod (1) pratique l'ablation des bourrelets nettement pédiculisés de la façon suivante : la muqueuse rectale est incisée à la base du pédicule et repérée à mesure avec des pinces à pression ; les deux lèvres de la section sont ensuite réunies au catgut. L'incision doit être faite suivant une direction parallèle à l'axe du rectum ; elle remontera en haut jusqu'à empiéter sur la muqueuse saine et s'arrêtera en bas à la peau sans l'intéresser.

On aura souvent recours à de petits clamps à l'aide desquels on limite la partie à enlever. Voici comment on procède : avec une pince de Kocher, on saisit la muqueuse haut dans le rectum, au-dessus du bourrelet hémorrhoïdaire, une seconde pince est fixée au dessous du bourrelet, à l'union de la muqueuse et de la peau. Une troisième est au besoin placée entre les deux précédentes pour achever de former le pli de la muqueuse qui doit être réséqué.

(1) Monod, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 23 mai 1899.

Au delà de ces pinces, on applique un petit clamp parallèlement à l'axe du rectum. Un fil de catgut est passé au-dessous de l'extrémité supérieure intra-rectale du clamp en pleine muqueuse saine. En deçà de ce fil, entre lui et l'extrémité du clamp, on commence la résection du bourrelet au bistouri ou aux ciseaux.

Les deux lèvres de la muqueuse sont immédiatement réunies par un point au catgut qui est à la fois unissant et hémostatique.

La section est alors poussée plus loin et d'autres points sont placés de même, aussi rapprochés que nécessaire pour arrêter tout saignement. Le dernier correspond à l'union de la muqueuse et de la peau sans traverser celle-ci.

Ces divers types d'ablation partielle conviennent aux hémorrhoïdes partielles aussi, dans tous les cas fréquents en somme, où les hémorrhoïdes forment des tumeurs susceptibles d'être isolées, pédiculisées ou pédiculisables en se rappelant toutefois, ainsi que nous l'avons dit plus haut, qu'un certain nombre de bourrelets peuvent passer inaperçus au moment de l'intervention, si on opère en dehors des crises de turgescence.

Discussion des objections faites. — La ligature et surtout les diverses applications du fer rouge ont donné lieu à de nombreuses critiques. MM. Pierre Delbet et Poirier notamment ont fait un réquisitoire violent contre l'emploi du thermocautère lors de la discussion sur le traitement des hémorrhoïdes à la *Société de chirurgie* en mai et juin 1899.

M. Delbet fait le procès du thermocautère employé comme moyen de destruction, comme moyen d'exérèse, comme agent modificateur.

Envisageant d'abord le fer rouge comme moyen d'exérèse ou de destruction (volatilisation de Richet) il lui reproche d'être un moyen d'exérèse très médiocre, d'avoir une action lente ; en escharifiant les tissus il leur donne, dit-il, un aspect uniforme qui les rend difficilement reconnaissables.

Pour lui, la vogue dont le thermocautère a joui, s'explique par ce fait, qu'il est dans une certaine mesure hémorrhagique et antiseptique. L'hémorrhagie et les accidents septiques ayant été longtemps la terreur des chirurgiens on comprend très bien qu'un instrument capable d'en diminuer les chances ait été, à une certaine

époque, adopté avec empressement. Mais aujourd'hui cette faveur ne serait pas justifiée.

Comme agent hémostatique le thermocautère est peu puissant, suivant le dire de M. Pierre Delbet, qui le relègue, à ce point de vue, au même plan que l'écraseur de Chassaignac dont l'existence est complètement ignorée aujourd'hui par bon nombre.

M. Delbet appuie cette manière de voir sur des considérations développées par M. Quénu à la Société de chirurgie relativement à la valeur hémostatique du thermocautère. M. Quénu nous dit en effet que la cautérisation des hémorrhoïdes n'est pas toujours exsangue, il fait allusion alors à certaines tumeurs hémorrhoïdaires qui se comportent comme certaines tumeurs érectiles, les moindres ponctions y déterminant de notables et ennuyeux écoulements de sang (1).

Quant à la puissance antiseptique du thermocautère, elle est incontestable pour M. Delbet ; mais il fait remarquer que, dans l'immense majorité des cas, il est possible aujourd'hui de réaliser l'asepsie autrement.

Il conclut dès lors qu'il n'existe pas à son sens d'argument valable pouvant être invoqué en faveur du thermocautère comme moyen d'exérèse ou de destruction.

Comme agent modificateur il ne pense pas que le thermocautère soit plus défendable. Voici ses propres paroles : « Son action modificatrice n'a rien de mystérieux, il agit tout simplement en provoquant une inflammation réactionnelle. Mais n'est-ce pas, je le demande, une pratique d'un autre âge que celle qui consiste à recourir à l'inflammation comme agent curateur ? Tous les efforts ne tendent-ils pas, au contraire, à supprimer la réaction inflammatoire ? Tous les progrès de la chirurgie n'ont-ils pas cette suppression pour base ? Et pour ce qui est des hémorrhoïdes, n'est-il pas imprudent, dans un milieu septique comme est le rectum, de provoquer une inflammation dont on n'est jamais sûr d'être maître après qu'on l'a déterminée (2) ? »

A l'appui de ces arguments développés contre le thermocautère, M. Delbet invoque les faits suivants : il a vu, quand il était l'interne de Richet, les malades, opérés par la méthode de volatilisa-

(1) Quénu, *Bull. Soc. chir.*, 24 mars 1899, p. 553.
(2) Delbet, *Bull. Soc. chir.*, 14 juin 1890, p. 623.

tion, souffrir d'une manière excessive et il en a vu mourir de septicémie ou de pyohémie. Il a conservé de tout cela un souvenir effroyable.

Les malades traités par la cautérisation souffrent ; à cela rien de surprenant, puisque le fer rouge détermine une certaine inflammation et que l'inflammation est douloureuse.

De l'aveu même de M. Pozzi, ajoute M. Delbet, au bout de huit, dix, douze, quatorze jours, lorsque les eschares se détachent, des hémorrhagies se produisent dans un certain nombre de cas. Que sont ces hémorrhagies ? des hémorrhagies secondaires. Or, nous savons aujourd'hui, à n'en pas douter, que les hémorrhagies secondaires sont fonction de septicité.

Ainsi donc cet instrument hémostatique et antiseptique expose aux hémorrhagies septiques, il est la source en outre de violentes douleurs consécutives. Cet instrument manque donc complètement son but, d'après M. Delbet, qui termine ce réquisitoire contre le thermocautère par les paroles suivantes (1) : « Je ne dis pas que le thermocautère soit mauvais, je dis qu'il est moins bon que d'autres moyens dont nous disposons aujourd'hui. Nous sommes heureusement à une époque où il ne suffit pas de distinguer le mauvais du pire, mais où il faut séparer le meilleur du bon et je dis tout simplement que le thermocautère n'est pas le meilleur moyen de traiter les hémorrhoïdes.

« Il 'a peut-être quelques indications rares. Ainsi, quand il s'agit d'hémorrhoïdes procidentes, étranglées et sphacélées, le mieux est sans doute de détruire la masse gangrénée avec le fer rouge, hors ce cas, d'un caractère tout à fait exceptionnel, il faut, à mon avis, abandonner le thermocautère comme il faut abandonner tout procédé opératoire qui ne permet pas de faire la réunion. La réunion par première intention, c'est toute la chirurgie moderne. Il faut la faire partout où elle est possible ; et elle est parfaitement possible dans le rectum, quand on prend certaines précautions. »

M. Poirier comme M. Delbet proteste contre l'emploi du fer rouge (2). D'après lui, le thermocautère n'est point un instrument chirurgical ; il ne le croit point hémostatique quelle que soit la couleur sombre, cerise ou prune sous laquelle on l'emploie. L'hémo-

(1) Delbet, *Bull. Soc. chir.*, 14 juin 1899, p. 623.
(2) Poirier, *Bull. Soc. chir.*, 14 juin 1899, p. 629.

stase qu'il produit est momentanée, dit-il, et il y a toujours à redouter la reprise de l'hémorrhagie, soit après quelques instants, soit après la chute des eschares. M. Poirier déclare que le thermocautère est bon tout au plus contre les hémorrhagies en nappe, provenant de vaisseaux capillaires, hémorrhagies que la compression arrêterait aussi bien, selon lui, sans laisser une eschare dont l'asepsie serait bien difficile à garder.

Contre les hémorrhoïdes partielles, M. Poirier emploie l'excision au bistouri après ligature préalable du pédicule, puis il suture les lèvres de la plaie à la façon de M. Reclus.

MM. Tillaux, Berger, Bazy, Pozzi, Routier ont répondu à ces objections faites contre le thermocautère. M. Pozzi fait observer que les morts signalées par MM. Poirier et Delbet ne doivent pas être mises sur le compte du procédé et sur l'emploi du thermocautère. Ces malades sont morts surtout à cause des mauvais pansements consécutifs, ceux que l'on employait à cette époque.

L'emploi du thermocautère comme moyen d'exérèse totale est universellement abandonné aujourd'hui, mais le fer rouge mérite d'être conservé pour les cautérisations interstitielles, l'ignipuncture profonde.

L'opération de l'ignipuncture, d'une simplicité absolue, à la portée de tous les praticiens est, dit M. Pozzi. qui appuie la manière de voir de M. Tillaux, d'une efficacité parfaite, d'une innocuité absolue. Les anciens faisaient la cautérisation en masse qui est bien différente. Par l'ignipuncture on détruit les varices sous-muqueuses en respectant cette membrane, il n'y a donc pas à craindre de rétrécissement comme on l'a objecté.

M. Pozzi affirme que les guérisons sont définitives, il en a une qui date de 21 ans, plusieurs de 10 et 15 ans, et cela dans des cas très graves avec énormes bourrelets procidents. Il conclut de la façon suivante : « quand on a à choisir entre deux moyens thérapeutiques, l'un simple et sûr, l'autre difficile et exposant à des inconvénients et même à des dangers dans les mains de beaucoup d'opérateurs, il vaut mieux choisir le premier. Une des tendances de la chirurgie moderne n'est-elle pas la simplification (1) ? »

Le thermocautère expose aux hémorrhagies, affirment ses détrac-

(1) Pozzi, *Bulletin de la Soc. de chir.*, 23 mai 1899.

teurs. A cette objection M. Schwartz répond : « Lorsqu'on a la précaution de faire l'ignipuncture avec la pointe ou le couteau au rouge sombre et de presque éteindre le thermocautère en le sortant lentement de l'hémorrhoïde touchée, il n'y a aucune hémorrhagie immédiate (1). » Jamais, sur la centaine d'ignipunctures qu'il a pratiquées, M. Schwartz n'a observé d'hémorrhagie secondaire, jamais il n'a eu à déplorer d'accidents d'aucune nature.

Il reste donc, pour ces hémorrhoïdes partielles, partisan de l'ignipuncture, combinée ou non avec la ligature qui ne lui a jamais donné aucun déboire et a parfaitement guéri ses opérés.

On reproche à la cautérisation sous forme d'ignipuncture, d'excision combinée à la ligature et principalement à la volatilisation, d'être la cause de douleurs souvent violentes, d'entraîner de la dysurie ou de la rétention d'urine. Le professeur Berger, au risque de s'entendre accuser de tendances qui sont un recul incontestable et le contraire du progrès, ne craint pas de se déclarer le partisan convaincu de la volatilisation pour la destruction des hémorrhoïdes procidentes. Il se sert de la pince-cautère de Richet depuis 25 ans et dans cette longue pratique, il n'a jamais eu d'accident sérieux à déplorer. Jamais il n'a vu se produire de complications septiques, suppuratives ou autres. M. Berger n'a jamais observé ces douleurs très vives qu'entraînerait la volatilisation. Si les malades souffrent, s'ils ont du ténesme, de la rétention d'urine, cela tient surtout, d'après lui, à la mèche que beaucoup introduisent dans le rectum après l'opération, aussi arrive-t-il à la supprimer presque toujours.

Il a remarqué, au point de vue des douleurs, que les malades ressentent après les opérations, de grandes différences individuelles, dépendant de l'état névropathique plus ou moins développé du patient, mais on peut affirmer, dit-il, d'une façon générale que la destruction complète d'un bourrelet hémorrhoïdal par le procédé de Richet n'entraîne pas de souffrances vives.

La volatilisation doit évidemment être faite avec soin, les brûlures de la fesse, quand on n'a pas suffisamment protégé les parties voisines du bourrelet hémorrhoïdaire avec des compresses humides par exemple, sont un facteur puissant dans l'éclosion des douleurs consécutives à cette opération. C'est là une faute de techni-

(1) SCHWARTZ, *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1er juin 1899, p. 616.

que et ce n'est pas l'opération qui doit être incriminée, mais bien l'opérateur ; toutefois, comme on n'est jamais sûr d'éviter une faute technique, M. Lejars préfère à la volatilisation l'excision au thermocautère après ligature préalable des bourrelets hémorrhoïdaires partiels.

Pour M. Routier, qui combine à la ligature la destruction des hémorrhoïdes par cautérisation cruciale, la douleur est, de même que pour M. Berger, plus variable avec les sujets qu'avec le nombre des ligatures ou de cautérisations employées. Dans le but d'éviter les douleurs au réveil, il introduit dans le rectum une assez forte masse de vaseline cocaïnée au centième. « Du huitième au douzième jour, les ligatures tombent sans que le malade s'en doute, je n'ai pas eu d'hémorrhagie, ni immédiate, ni secondaire, et la cicatrisation a toujours été très rapide, mes malades, selon leur degré de sensibilité, gardent le lit de quatre à huit jours (Routier) (1). »

M. Pozzi affirme de son côté que la dilatation combinée avec l'ignipuncture n'est pas un traitement douloureux, il a vu de ses malades qui ne souffrent pas du tout.

On ne peut songer à conserver une plaie antiseptique quand on traite les hémorrhoïdes par la cautérisation ; telle est, suivant M. Quénu, la cause des souffrances ; la douleur serait fonction d'infection. Non, répond M. Bazy, la douleur n'est point fonction d'infection. Les opérés de volatilisation souffrent dans les premières heures comme les opérés au bistouri, et plus tard, ils ne souffrent plus du tout. La dilatation anale qu'on fait préalablement à la cautérisation, telle est la principale cause des souffrances.

L'argument tiré de la rétention d'urine après l'opération n'a aucune valeur pour M. Bazy, attendu qu'on peut observer cette complication à la suite de toutes les opérations sur le rectum et pas plus fréquemment à la suite de la cautérisation qu'à la suite des opérations sanglantes. Nous sommes absolument, pour notre part, de cet avis qui, nous le croyons, du reste, n'est guère contesté de nos jours.

On a accusé les procédés de cautérisation et de ligature isolés ou associés de prolonger la durée du traitement. Mais les avis différents ne manquent pas.

Le temps nécessaire pour la guérison après la cautérisation est

(1) Routier, *Bull. Soc. chir.*, 24 mai 1899, p. 559.

aussi court qu'avec l'opération au bistouri, 12 jours en moyenne (Pozzi).

Les hémorrhoïdaires traités par la ligature peuvent reprendre très rapidement leurs occupations, c'est-à-dire au bout de huit à dix jours (Potherat).

« Mes malades, traités par la ligature suivie de la cautérisation au thermocautère en ouvrant en quatre la tumeur comme une grenade, gardent le lit de 4 à 8 jours, selon leur degré de sensibilité (Routier). »

Avec MM. Berger, Quénu, Lejars, nous reconnaissons que la longueur du temps nécessaire à la guérison, quand on emploie les procédés de ligature et de cautérisation, est un peu plus grande que pour les procédés d'excision suivie de suture. Les pansements doivent être continués pendant quelques semaines avant que l'opéré puisse s'en dispenser entièrement, mais ce sont des pansements extérieurs, très simples, que le malade peut faire lui-même. Il se lève le 8e jour, quitte l'hôpital, la chambre et reprend ses travaux du 12e au 15e jour.

Après l'opération de Whitehead, la cicatrisation est un peu plus rapide, elle se fait du 7e au 8e jour ; mais ce n'est pas là, à notre sens, une raison suffisante pour rejeter ces opérations partielles et pour leur préférer une intervention large lorsqu'on se trouve en présence de bourrelets hémorrhoïdaires peu nombreux ne réclamant qu'une intervention limitée.

On a signalé des rétrécissements consécutifs aux procédés de cautérisation avec ou sans ligature préalable, mais il est facile de les éviter à la condition d'observer certaines règles dans l'emploi de ces méthodes opératoires.

M. Berger n'a jamais observé de rétrécissement après la volatilisation, il a soin de laisser entre les paquets hémorrhoïdaires qu'il détruit de grands espaces libres de peau et de muqueuse ; M. Routier évite également les rétrécissements de l'anus en prenant la précaution de ne pas comprendre dans la ligature la peau ou la partie intermédiaire à la peau et à la muqueuse, ce qui serait en outre beaucoup plus douloureux.

L'extirpation totale de la muqueuse hémorrhoïdaire ou cure sanglante à la Whitehead que nous devons étudier maintenant va faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE III

Cure sanglante à la Whitehead.

Indications de l'excision totale de la muqueuse hémorrhoïdaire. — Aux hémorrhoïdes partielles, qui sont le plus souvent externes, hémorrhoïdes pédiculées ou pédiculisables conviennent les diverses méthodes d'ablation partielle que nous avons passées en revue dans le chapitre précédent ; notre procédé de choix étant celui de la ligature en chaîne suivie de l'excision au thermocautère.

Pour les hémorrhoïdes internes la ligature en chaîne est moins aisée et l'opération doit fatalement demeurer incomplète.

Les récidives suffisent d'ailleurs à le démontrer. On ne peut saisir, lier et réséquer, en effet, que les hémorrhoïdes saillantes ; or, nous l'avons vu, le processus variqueux est étendu à toute la muqueuse anale (1).

Les hémorrhoïdes externes coïncident le plus souvent avec les hémorrhoïdes internes, formant un double bourrelet circonférentiel interne et externe, une double couronne autour de l'anus. Les hémorrhoïdes à double bourrelet constituent le type le plus ordinaire de l'affection hémorrhoïdaire. Quand on est en présence d'un bourrelet de ce genre, dont le volume est considérable, lorsque, en le dépliant, on découvre entre les bosselures une membrane violacée, semée d'arborisations et d'aigrettes veineuses, la méthode de choix est pour nous, en dehors des périodes de crises, l'extirpation totale.

Ce sont les hémorrhoïdes en bourrelet circonférentiel simple ou double, et surtout les hémorrhoïdes totales à double bourrelet, qui provoquent généralement les accidents hémorrhoïdaires graves, hémorrhagiques inflammatoires, douloureux et de prolapsus muqueux.

(1) LEJARS, *Leçons cliniques de la Pitié*, 1893-1894, p. 375.

Les accidents hémorrhagiques, inflammatoires (turgescence, étranglement en dehors des périodes aiguës), douloureux (procidences douloureuses, ulcères intra-sphinctériens, hormis l'ulcère fissuraire), le prolapsus de la muqueuse réclament l'exérèse totale lorsqu'ils revêtent un certain caractère de gravité du fait de leur intensité ou de leur répétition.

Cette méthode seule doit être tenue pour radicale.

En effet, non seulement elle supprime la tumeur, mais elle paraît supprimer la cause principale des récidives en faisant disparaître la muqueuse et les dispositions vasculaires qu'elle présente, toutes prêtes à la dilatation.

Cette méthode nous semble absolument rationnelle pour les varices ano-rectales ; elle est même beaucoup plus rationnelle que pour les varices du membre inférieur auxquelles on l'applique. On excise, comme le fait remarquer M. Lejars, un segment de la saphène, mais on ne sait quel est l'état de la paroi veineuse audessus et au-dessous, celui des veines profondes, etc., et toute l'idée thérapeutique repose sur cette hypothèse, que la résection d'un segment de tronc veineux, retentira sur la circulation veineuse de tout le membre. Les hémorrhoïdes, au contraire, occupent une région bien limitée, celle du conduit anal, qui est tout entière accessible (1). Même en l'absence de tumeurs hémorrhoïdaires volumineuses, la muqueuse anale par suite d'une véritable transformation caverneuse de ses tissus, peut donner lieu à des hémorrhagies abondantes, graves ; le sacrifice de cette muqueuse paraît encore être la condition essentielle d'un succès durable.

La méthode d'extirpation totale de la muqueuse ano-rectale dans sa portion hémorrhoïdaire est généralement connue sous le nom de Whitehead. Faire une incision circulaire entre peau et muqueuse, à la marge de l'anus, décoller la muqueuse hémorrhoïdaire sur toute la hauteur du conduit anal, l'abaisser, la réséquer et suturer à la peau la muqueuse sus-jacente qui vient recouvrir la face interne des sphincters et forme à l'anus une paroi nouvelle, telles en sont les grandes lignes (Lejars).

Nous ne ferons pas ici l'historique de l'excision hémorrhoïdaire ; cette question a été traitée dans un chapitre spécial au début de ce

(1) M. Lejars, *Leçons cliniques de la Pitié*, 1893-1894, p. 375.

travail. Nous indiquerons seulement le manuel opératoire de Whitehead tel qu'il a été publié par cet auteur dans le *British medical* en 1882, puis en 1887. Nous verrons rapidement les modifications qui lui ont été apportées par différents chirurgiens ; enfin nous exposerons avec détails la technique que nous avons vu suivre par M. Lejars.

Ce chapitre sera naturellement terminé par la discussion des accidents qui ont été signalés au cours ou à la suite de cette opération.

Procédé de Whitehead.

L'excision pratiquée depuis fort longtemps fut abandonnée momentanément en raison de l'hémorrhagie et de l'infection post-opératoire. Le bistouri devait tout naturellement retrouver sa réhabilitation dans l'union de la forcipressure et de l'antisepsie.

Whitehead de Manchester, l'inventeur de la méthode nouvelle, fit paraître en 1882 dans le *British medical Journal* un article que nous allons traduire dans ses parties importantes.

« Le but de l'opération est d'enlever du segment inférieur du rectum les vaisseaux dilatés et tortueux ainsi que les parties avoisinantes hypertrophiées et indurées par un processus d'exsudation chronique. Les produits pathologiques sont situés au dehors de la muqueuse et sur la face interne du sphincter. Le procédé nouveau se propose d'en débarrasser l'orifice anal, où ils gènent la défécation et amènent des contractions spasmodiques, périodiques et très douloureuses.

En juin 1880, je voyais une dame de robuste apparence et qui souffrait depuis 9 ans de la présence d'hémorrhoïdes internes. L'existence lui était devenue à charge à cause des précautions minutieuses que nécessitent les hémorrhoïdes.

Son intelligence était troublée par les préoccupations incessantes que lui donnait sa maladie. A la fin, elle se décida à recourir à n'importe quel traitement capable de la soulager. On prit la décision d'exciser les hémorrhoïdes.

La malade chloroformisée fut mise dans la position de la taille, on dilata le sphincter en y introduisant les 2 pouces qui agirent dans toutes les directions afin de faire céder toute résistance et de réduire l'anneau musculaire à un rôle purement passif. Nous

fîmes ensuite prolaber le paquet hémorrhoïdal en abaissant la cloison recto-vaginale avec deux doigts introduits dans le vagin ; les hémorrhoïdes ressemblaient comme forme et comme volume à des petites tomates ; elles constituaient 4 masses distinctes, inégales ; on les divisa en 4 segments par des incisions longitudinales ; cela fut fait sans perdre une goutte de sang, puis chaque lambeau fut saisi avec une pince et disséqué de bas en haut depuis les limites de la peau jusqu'à un point complètement dépourvu de veines variqueuses, c'est-à-dire dans une étendue de 1 centimètre 1/2. On détermina ainsi la formation d'un segment quadrilatère portant en bas les hémorrhoïdes et se terminant en haut par de la muqueuse saine. Les lambeaux furent sectionnés à leur limite supérieure.

Les hémorrhoïdes ne tenaient plus ainsi au rectum que par quelques brides celluleuses qu'on rompit par traction en arrachant le lambeau avec des pinces. Le reste de la muqueuse fut ensuite abaissé et fixé à la peau de l'anus par des points de suture au fil d'argent.

On répéta la même manœuvre pour tous les lambeaux.

Quand l'opération fut terminée on avait à peine perdu deux onces de sang.

La guérison fut complète et permit à la malade de reprendre ses occupations domestiques.

Whitehead fit, en 1887, une seconde publication dans le *British medical journal* où il exposait alors sa nouvelle manière de faire.

1° On désinfecte la région, le malade complètement anesthésié est placé sur une table haute et étroite dans la position de la taille et maintenu en place par deux aides ou par l'appareil de Criver.

2° Dilatation digitale du sphincter qui est complètement paralysé par la distension ; cela permet le prolapsus de la muqueuse et des hémorrhoïdes sans qu'il se produise le plus léger obstacle.

3° Section de la muqueuse au niveau de son union avec la peau, dont on suit les moindres méandres.

4° On met rapidement à nu les sphincters externe et interne, on sépare les hémorrhoïdes de la couche celluleuse sur laquelle elles reposent, on décolle la muqueuse, on sectionne les quelques points résistants et on amène le tout en dehors de la limite où s'est faite l'incision.

5° La muqueuse est alors excisée en plusieurs temps dans une

direction transversale et on l'unit, à mesure qu'on l'incise, au bord libre de la peau par un nombre suffisant de sutures. *On enlève ainsi un cylindre complet d'hémorrhoïdes avec la muqueuse y attenant.*

Procédé Whitehead-Delorme (1).

En France M. Delorme a été le premier à suivre la technique de Whitehead. Son manuel opératoire n'est pas très différent de celui du chirurgien de Manchester. L'opération telle que la pratique M. Delorme comprend 4 temps :

1° Dilatation du sphincter.

2° Incision circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus et dissection du manchon muqueux jusqu'au-dessus du bord supérieur du sphincter interne.

3° Incisions longitudinales pour former 4 lambeaux.

4° Suture de la muqueuse à la peau.

Dans la dissection du manchon muqueux le chirurgien du Val-de-Grâce s'arrête d'ordinaire au niveau du bord supérieur du sphincter interne : mais quelquefois il ne voit aucun inconvénient à remonter à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2 plus haut, quand il trouve la muqueuse altérée au-dessus des limites du bord supérieur de ce sphincter. Dès que les 4 incisions longitudinales ont été faites sur le cylindre muqueux, M. Delorme place 4 fils de soie en anse. Ces fils, qu'il dénomme fils de sûreté, ont pour lui une grande importance, ils constituent une sorte de suture profonde qui renforce d'une façon considérable les sutures superficielles.

Procédé de M. Reclus (2).

Nous laissons la parole à M. Reclus : « Après la dilatation préalable de l'anus par le spéculum de Trélat, je saisis avec une pince de Kocher les bourrelets hémorrhoïdaires procidents, d'abord d'un côté de l'anus, le droit par exemple, et je sectionne ces bourrelets

(1) Martin, Thèse Paris, 1893. *Contribution à l'étude du traitement des hémorrhoïdes* (procédé Whitehead-Delorme).

(2) Reclus, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 29 mai 1899 ; Meesmœcker, thèse Paris, 1893. *Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes et en particulier de l'extirpation suivie de sutures.*

avec un bistouri, ou mieux avec des ciseaux courbes. J'extirpe le moins possible, rien que les hémorrhoïdes, pas de sphincter, ni de muqueuse. La section terminée, je juxtapose peau et muqueuse et les unis par des points de suture au catgut ; points de suture en bourse. Cette suture est faite avec l'aiguille de Reverdin, elle prend au moins un demi-centimètre de la muqueuse, car celle-ci est très friable. Je me sers de catgut et j'insiste beaucoup sur sa supériorité sur le crin ou la soie. Ces points profonds font à la fois la réunion de la peau à la muqueuse et l'hémostase.

Cela fait, je passe à la deuxième partie de mon champ opératoire, au bourrelet du côté gauche. J'ai donc ainsi laissé en avant et en arrière de la marge de l'anus un segment de peau et de muqueuse non excisé et qui suffit complètement à éviter toute rétraction cicatricielle ; je m'arrange d'ailleurs pour ménager les téguments au point où les hémorrhoïdes sont le moins accusés. L'opération se pratique facilement à la cocaïne.

C'est plutôt là un type d'ablation partielle par excision suivie de sutures.

Procédé de M. Quénu.

Après avoir expérimenté longuement la méthode de Whitehead, M. Quénu eut l'idée de conserver la muqueuse tout entière au lieu d'en retrancher une partie comme le recommandait Whitehead. C'est dans le but d'éviter, après suture à la peau, la déchirure de la muqueuse par les fils sous l'influence des tiraillements du rectum, que M. Quénu faisait connaître son nouveau procédé.

« Pour assurer, dit-il, la réunion primitive que Whitehead lui-même avoue n'avoir pas toujours obtenue, nous apportons la modification suivante au manuel opératoire dont le commencement est identique : une incision faite à l'union de la peau et de la muqueuse circonscrit la demi-circonférence de l'anus, puis la muqueuse est détachée avec les hémorrhoïdes qui lui adhèrent des couches sous-jacentes. Cette dissection est poussée assez haut, jusqu'au point où la coloration rose de la muqueuse saine tranche avec la couleur violacée de la muqueuse malade ; ici s'arrête la ressemblance avec le procédé de Whitehead.

Au lieu d'exciser la muqueuse, nous la conservons, nous bornant à la débarrasser des veines variqueuses qui la doublent. Pour cela,

l'index de la main gauche étant introduit dans le rectum afin de le tendre et l'étaler, on détache à l'aide de ciseaux courbes toutes les petites ampoules veineuses qui font relief sur la surface externe cruentée de la muqueuse, on épluche pour ainsi dire cette dernière de façon à n'avoir plus entre les doigts qu'une membrane uniformément mince, dépouillée de toute la couche cellulo-vasculaire. L'hémostase obtenue, on applique quelques points de suture et on procède de la même manière pour le côté opposé (1).

Nous ne citons ce procédé qu'à titre purement commémoratif. M. Quénu au début n'obtenait pas toujours une réunion parfaite avec le Whitehead et c'est là ce qui l'avait engagé à modifier le procédé du chirurgien de Manchester dans le sens d'une résection des veines malades sans résection de la muqueuse ; depuis, M. Quénu a reconnu que, dans la plupart des cas, l'altération de la muqueuse anale était telle qu'il était préférable d'en sacrifier une partie ; aussi l'excision complète de la muqueuse ano-rectale est-elle maintenant son procédé de choix. Dans la majorité des cas il adopte le procédé de Whitehead qu'il exécute avec de légères modifications exposées dans une revue de la *Presse médicale* le 15 juin 1898 et dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* du mois de mai 1899.

Voici les détails d'exécution sur lesquels il insiste, car ils ont pour lui une importance considérable dans la réussite. Nous transcrivons ses paroles mêmes : « Quand on a disséqué jusqu'au bord inférieur du sphincter externe la muqueuse anale avec les hémorrhoïdes y attenant, on peut décoller plus ou moins haut la muqueuse rectale en longeant la face interne des sphincters et réséquer des portions étendues de cette muqueuse rectale. Pour ma part, je réprouve ces résections étendues qui ont été recommandées par M. Picqué. C'est l'expérience seule qui apprend la hauteur de la muqueuse à réséquer, ni trop pour ne pas avoir, par suite d'une traction excessive, un échec de réunion, ni trop peu pour que le sujet ne garde pas un peu du prolapsus, de l'éversion pour lequel vous l'avez opéré.

Comment faut-il faire cette résection ? Et cette résection faite,

(1) Quénu, *Chirurgie du rectum* et Thèse de Delestang, 1894. *Du choix d'un procédé opératoire dans le traitement chirurgical des hémorrhoïdes* (procédé de M. Quénu).

comment faut-il pratiquer la suture muco-cutanée ? Il est bien entendu que nous opérons par moitié.

Dans cette suture, il s'agit d'affronter une demi-circonférence cutanée à une demi-circonférence muqueuse de rayon plus étendu ; on ne peut y arriver qu'à l'aide de fronces, tout comme les couturières qui adaptent une manche large à une emmanchure plus étroite ; or, le talent opératoire consiste à répartir ses fronces également, pour qu'à la fin il ne vous reste pas une plicature de muqueuse.

On y arrive de plusieurs façons : en passant d'avance ses fils à travers le lambeau muqueux qu'on doit réséquer un peu au-dessus de sa ligne de coupe ; ou bien encore, en les passant à la fois à travers le lambeau muqueux et la peau, ou enfin en revenant au procédé de Whitehead, un peu modifié.

Primitivement, Whitehead divisait le bourrelet hémorrhoïdaire en quatre segments, par des incisions verticales et disséquait ensuite chacun d'eux isolément. Or on peut disséquer la demi-circonférence, puis fendre le lambeau muqueux ; au milieu et au fond de cette fente, attacher un point de suture. Tenue de la sorte en trois points, à ses extrémités et à son milieu, la muqueuse intestinale ne peut plus se rétracter d'une façon gênante, et dans chaque quadrant, il est facile de répartir d'une façon régulière ses sutures et ses plissements.

J'ai toujours soin de ne commencer les sutures qu'après hémostase par ligature de tout vaisseau qui saigne en jet. »

Les modifications apportées au Whitehead par M. Quénu (1), ont donc comme celles de M. Reclus le but d'éviter un rétrécissement cicatriciel consécutif.

Procédé de M. Picqué.

M. Picqué estime que, pour les hémorrhoïdes totales, la résection de la muqueuse doit être la règle, si l'on veut obtenir une guérison définitive. Il a fait subir au procédé du chirurgien de Manchester quelques modifications exposées dans la thèse d'Ané (Paris, 1897), et dans une leçon publiée dans la *Semaine médicale* (15 juin 1898),

(1) Quénu, Revue de la *Presse médicale*, 15 juin 1898 et *Bull. Soc. chir.*, mai 1899, p. 555-556.

modifications qu'il a rappelées à la Société de chirurgie, en juin 1899.

Nous ne reproduirons pas dans tous ses détails la technique de M. Picqué, nous retiendrons seulement les points particuliers qui donnent à ce procédé son caractère d'originalité.

« L'incision au niveau de la base du bourrelet hémorrhoïdaire ne doit pas suivre la ligne d'union entre la muqueuse anale et la peau ; elle doit partir à 5 ou 6 millimètres en dehors, c'est-à-dire sur la peau ; on a ainsi l'avantage d'enlever quelques marisques qui existent au moment même de l'opération ou se produisent un certain temps après, et dont la présence doit préoccuper le malade au point de vue d'une récidive. » Le point sur lequel M. Picqué attire particulièrement l'attention, c'est la nécessité de remonter le plus haut possible dans la dissection du manchon muqueux. « Jusqu'où faut-il faire remonter le décollement de la muqueuse ? C'est là, à mon sens, un point capital pour la réussite de l'opération.

« Contrairement à l'opinion de beaucoup de chirurgiens qui sont d'avis d'arrêter la dissection quand la coloration rosée de la muqueuse saine tranche avec la couleur violacée de la muqueuse malade, je pense qu'il faut la poursuivre bien au-dessus de l'endroit où la muqueuse redevient normale. »

Cette dissection élevée de la muqueuse présente un certain nombre d'avantages. L'abaissement en est plus facile et la rétraction diminuée. « La muqueuse étant mobilisée ainsi sur une grande étendue, nous évitons, même dans les cas où la section porte sur un lambeau très large, cette traction des bords de la plaie qui peut suffire dans certains cas à amener une désunion désastreuse et un rétrécissement ultérieur. Lorsque la muqueuse en effet est trop courte des tiraillements se produisent aux points d'attache et les sutures cèdent. Au contraire, si on a la précaution de remonter assez haut, on aura une laxité suffisante pour permettre le prolapsus de la muqueuse qui viendra pour ainsi dire d'elle-même se présenter à la lèvre de l'incision cutanée (Picqué) (1). »

Disons enfin avant de terminer que M. Picqué ne coupe transversalement la muqueuse qu'après avoir préalablement placé qua-

(1) Picqué, *Semaine médicale*, 15 juin 1898. Thèse d'Ané, 1897. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 juin 1899, p. 621.

tre points de suture diamétralement opposés qui retiennent la muqueuse et facilitent la suite de la suture.

Technique suivie par M. Lejars dans la cure sanglante à la Whitehead.

Nous passerons successivement en revue :

1° La préparation du malade ;

2° L'opération ;

3° Les soins consécutifs.

1° Préparation du malade. — Avant d'être opérés les malades sont purgés à deux reprises différentes : une première fois l'avant-veille, une seconde fois la veille de l'intervention. Le soir qui précède l'opération on administre un grand lavage rectal (deux litres en moyenne) à l'eau bouillie. Le matin même de la cure sanglante on fait prendre au malade une pilule d'extrait thébaïque de 0.02 centigrammes. Ces soins préliminaires ont une grande importance, car il est nécessaire d'obtenir une vacuité aussi complète que possible de l'intestin pour permettre la constipation prolongée qui est de rigueur après l'opération.

Ajoutons que la région opératoire est autant que possible rasée et savonnée d'avance la veille au soir.

2° Technique opératoire. — L'opération comprend 5 temps :

A. — Dilatation du sphincter.

B. — Incision circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus.

C. — Dissection du manchon muqueux ano-rectal.

D. — Incision longitudinale de la muqueuse à sa partie antérieure et fil commissural antérieur en anse au-dessus de l'extrémité supérieure de cette incision.

E. — Section progressive de la moitié droite du manchon muqueux et suture muco-cutanée de cette hémi-section, section progressive de la moitié gauche de la muqueuse disséquée et sa suture à la peau.

A. — *Dilatation anale.* — L'opéré est placé dans la position de la taille, les jambes maintenues par deux aides ; les cuisses fortement fléchies sur le bassin qui déborde franchement l'extrémité de la table de manière à bien exposer la région anale.

Quand le sphincter est rigide, et c'est là le cas le plus habituel, le premier temps doit consister dans la dilatation de l'anus. On la pratique avec les deux pouces introduits dans l'orifice anal et écartés progressivement mais avec force l'un de l'autre. Il faut savoir régler le travail des doigts, autrement on s'expose à provoquer dans les muscles sphinctériens des délabrements tels que l'opérateur pourrait avoir dans la suite de la difficulté à les distinguer sous la muqueuse et serait exposé à les couper avec le bistouri ou les ciseaux lors de la dissection ultérieure du manchon muqueux.

Une fois la barrière anale forcée, les hémorrhoïdes internes prolabent et l'on est toujours étonné de leur volume que l'exploration extérieure ne révèle qu'en partie.

Ceci fait, l'anus est savonné et brossé et on pratique alors un grand lavage du rectum à l'eau bouillie (deux litres environ).

Ensuite on lave successivement à l'éther et à l'alcool la région anale, en ayant soin de faire participer à ce lavage tout le bourrelet hémorrhoïdaire.

On achève par un lavage au sublimé en solution au millième.

B. — *Incision circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus.* — La muqueuse avec ses bourrelets hémorrhoïdaires est saisie avec quatre pinces à traction, pinces tire-balles ou pinces de Museux enayant soin de ne pas déchirer la membrane qui est parfois très friable. Le bistouri dessine alors, sur le pourtour de l'orifice, *aux confins de la muqueuse et de la peau*, une incision circulaire qu'il ne faut pas craindre en général de laisser empiéter un peu sur la peau de la marge. La conduite à tenir à ce point de vue est dictée par le volume des hémorrhoïdes externes et l'état de la peau péri-anale. Quand celle-ci est altérée, mince, doublée, soulevée par des paquets hémorrhoïdaires externes volumineux, on peut, suivant en cela l'exemple de M. Delorme, porter l'incision externe aux limites de la peau altérée pour être bien sûr d'éviter toute récidive. Cependant, le sacrifice de la peau ne doit jamais dépasser quelques millimètres. En règle générale, c'est au niveau du limbe muco-cutané qu'il faut pratiquer cette incision. Un point intéressant à noter, c'est qu'il est utile de commencer l'incision circulaire par la partie inférieure d'une hémi-section latérale. De cette façon, étant moins gêné par le sang on n'est pas exposé à pratiquer une section irrégulière comme on le ferait si on commençait autrement son incision. Il paraît

superflu de faire observer qu'ici plus qu'ailleurs, en raison de la dépressibilité de la peau, doublée le plus souvent d'hémorrhoïdes externes, il est nécessaire de la bien tendre avant de la sectionner. L'écoulement de sang qui résulte de la section est rarement considérable.

Dès que cette incision est faite on aperçoit en général de petites ampoules hémorrhoïdaires, noirâtres, souvent disposées en grappe le long du bord inférieur du sphincter externe.

C. — *Dissection du manchon muqueux ano-rectal.* — L'incision circulaire muco-cutanée ouvre la voie pour la dissection du manchon muqueux. Par cette voie ouverte le doigt pénètre dans la couche sous-muqueuse, zone habituellement lâche, décollable, qui sépare la muqueuse des muscles sphincters externe et interne.

« *Allez au sphincter tout de suite* » ; c'est un point de repère capital. Vous le reconnaîtrez à ses fibres demi-elliptiques, souvent pâles, à son bord inférieur nettement limité que vous libérerez. Sans perdre un instant de vue le sphincter externe, vous le disséquez sur sa face interne et le repoussez excentriquement. Poursuivant la libération de la muqueuse vous allez à la recherche du sphincter interne. Dès que le bord inférieur du sphincter externe est bien libéré sur tout son pourtour, la muqueuse « *vient* » d'ordinaire sans difficulté et le décollement peut alors s'achever en grande partie avec le doigt. En suivant au bistouri de très près le manchon muqueux le sphincter interne se trouve par là même disséqué. Celui-ci se reconnaît assez facilement, il se distingue du sphincter externe par la coloration blanc-rosé et la direction circulaire de ses fibres.

A quel moment doit-on arrêter le décollement du manchon anorectal ? Cela dépend de l'état de la muqueuse ; l'étendue de la dissection est subordonnée à l'étendue même des altérations variqueuses. Il est des cas, et ce sont les plus nombreux, où l'on peut, où l'on doit s'arrêter au niveau du bord inférieur du sphincter interne ; il en est d'autres où il ne faut pas hésiter à disséquer le bord inférieur, la face interne et le bord supérieur du sphincter interne ; on peut même, comme le fait M. Delorme, remonter à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2 au-dessus du bord supérieur de ce muscle. Il est indiqué de procéder de la sorte quand, après inspection de la muqueuse, on constate que celle-ci est altérée au-dessus

des limites du bord supérieur du sphincter interne, ce qui est très rare. Avant tout, en effet, il faut obtenir un manchon rectal assez résistant pour que les fils ne puissent couper la muqueuse, ce qui nuirait à la solidité et à la régularité de l'adhérence du cylindr-muqueux à la peau.

La dissection est d'ordinaire facile et se poursuit sans grande peine jusqu'au bord inférieur du sphincter interne et même au-dessus. La présence même des varices hémorrhoïdales ne contribue-t-elle pas à donner une laxité toute spéciale à ce plan sous-muqueux et n'a-t-on pas décrit autour de ces hémorrhoïdes de véritables bourses séreuses (1).

En principe, d'après Whitehead, la séparation de la muqueuse doit se faire sans le secours de l'instrument tranchant. Mais il n'en est pas toujours ainsi et fréquemment on doit y recourir. Le sphincter externe doit être conservé dans son intégrité ; toute l'attention du chirurgien doit se porter vers lui, il ne faut pas le blesser. Pour ne pas intéresser le muscle, il sera bon quand on sera obligé d'avoir recours à l'instrument tranchant d'en diriger l'extrémité non du côté du muscle, mais du côté du manchon muqueux.

L'hémorrhagie n'est jamais bien considérable ; c'est pendant le dégagement du sphincter externe que l'écoulement de sang peut surtout se produire, mais il est presque toujours insignifiant. On n'a donc qu'à passer outre, à moins que le sang ne provienne d'une veine volumineuse ou d'une artère dont les jets sont visibles, auquel cas on appliquerait une pince à forcipressure sur les vaisseaux et on en ferait la ligature au catgut.

D. — *Incision longitudinale de la muqueuse à sa partie antérieure et fil commissural antérieur en anse au-dessus de l'extrémité supérieure de cette incision.* — Le conduit anal a été dépouillé avec plus ou moins de facilité de sa muqueuse, le plus souvent avec grande aisance, tendu par les pinces, il se présente comme un manchon cylindrique qui s'abaisse et s'étire hors de l'anus.

Sur ce manchon muqueux faites, aux ciseaux, une incision verticale c'est-à-dire longitudinale, parallèle à l'axe même du conduit ano-rectal. Cette incision, vous la pratiquez en avant sur la ligne médiane, vous la terminez à une hauteur variable, suivant naturellement que vous avez disséqué plus ou moins haut le cylindre

(1) VERNEUIL cité par M. LEJARS, *Leçons cliniques de la Pitié*, 1895, p. 377.

muqueux ; mais dans tous les cas, le sommet de cette incision devra toujours rester à cinq millimètres au moins au-dessous de la limite supérieure du décollement.

Il est utile de placer tout de suite un fil commissural antérieur en anse un peu au-dessus du sommet, c'est-à-dire de l'extrémité supérieure ou terminaison de l'incision longitudinale faite à la muqueuse. Ce fil en anse sert à la fois de suture de repère et de sûreté, il s'opposera à l'ascension de la partie supérieure de la muqueuse.

A l'origine, M. Lejars faisait deux incisions verticales antérieure et postérieure au manchon muqueux ; il le divisait en 2 segments latéraux et plaçait tout d'abord deux fils commissuraux (obs. XXIV, XXV, XXVI). Aujourd'hui, il se contente d'un fil commissural antérieur qui lui suffit pour se repérer, au moment de la suture muco-cutanée, dans l'affrontement des portions correspondantes de la peau anale et de la muqueuse.

E. — *Section progressive de la moitié droite du manchon muqueux et suture muco-cutanée de cette hémi-section. Section progressive de la moitié gauche de la muqueuse et sa suture à la peau.* — Reste à faire le dernier temps de l'opération : sectionner au niveau de l'orifice anal la muqueuse étirée hors de l'anus et la suturer à la peau. Voici comment vous procéderez : vous sectionnez d'avant en arrière la moitié droite de la muqueuse, vous faites cette section aux ciseaux droits peu à peu progressivement, chaque section partielle ayant une étendue de 1 centimètre environ et vous suturez au fur et à mesure la muqueuse à la peau. La perte de sang est alors insignifiante.

La moitié droite du cylindre muqueux étant sectionnée et suturée à la peau, passez à la section progressive et à la suture d'avant en arrière de la moitié gauche du manchon muqueux. Vous la pratiquez de la même façon que la section et la suture de la partie droite. Vous rejoignez ainsi en arrière la moitié droite de la muqueuse déjà sectionnée et suturée à la peau, et l'opération se trouve ainsi achevée ; le conduit anal est tapissé à neuf, pour ainsi dire, et la muqueuse malade tout entière extirpée. C'est donc bien là une cure radicale. Il est un détail de technique à retenir, c'est de faire la section bien régulière et bien droite, pour éviter ces festons de muqueuse qui donneraient au nouvel orifice un aspect irrégulier.

Pour les sutures muco-cutanées à points passés, M. Lejars se sert de catgut n° 1, et il emploie l'aiguille fine de Reverdin, aiguille à suture intestinale. C'est là une précaution minutieuse qui a son importance ; elle restreint, autant que possible, les délabrements faits à la muqueuse par la suture et lui permet de conserver toute sa résistance contre les tiraillements qu'elle aura à subir consécutivement par suite des tractions de la partie supérieure de la muqueuse et aussi de la part des contractions des sphincters. C'est pour la même raison qu'il faut éviter avec soin de prendre le bord accessible du sphincter externe dans la suture muco-cutanée. Dans le même but encore, on multipliera les points de suture ; on les fera assez nombreux, chacun d'eux étant séparé de ses voisins par une distance seulement de un demi-centimètre environ.

En somme l'opération consiste dans la section circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus ; dans l'ablation du manchon rectal doublé de ses hémorrhoïdes, surtout au niveau du sphincter externe, avec conservation intégrale de ce sphincter et du sphincter interne ; dans la réunion exacte de la peau à la muqueuse rectale, sectionnée au niveau ou au-dessus du sphincter interne. Cette réunion est effectuée par une suture antérieure en anse, suture de repère et de sûreté, et par des sutures à points passés. Le tout peut être effectué en une demi-heure.

3° Soins consécutifs. — *Pansement.* — L'opération terminée on fait un lavage du rectum à l'eau bouillie.

Le pansement dont se sert M. Lejars est très simple, mais il doit néanmoins être fait avec soin, car il est de toute nécessité de conserver aseptique la plaie opératoire si l'on veut avoir une réunion immédiate. On applique sur la région anale un paquet de gaze aseptique qu'on recouvre de coton hydrophile stérilisé, puis de ouate ordinaire. On peut aussi se servir de gaze antiseptique, mais on court le risque des érythèmes auxquels la région est particulièrement prédisposée. Ce pansement est maintenu à l'aide d'un double spica de l'aine dont les bandes se croisent sur la région ano-périnéale.

Comme le malade pourrait par des mouvements intempestifs des membres inférieurs produire des tiraillements sur les points de suture, on s'assure d'une immobilité quasi-complète de ces mem-

bres en les rapprochant et en les assujettissant par une simple alèze nouée au-dessus des genoux.

Constipation de l'opéré. — Il est indispensable d'éviter les garde-robes durant les 6 ou 7 premiers jours ; pour cela on se sert de l'opium sous forme de pilules qu'on administre à doses croissantes jusqu'à dix centigrammes par jour. Cette constipation, à part quelques douleurs de ventre dans les premiers jours, est d'ordinaire bien supportée. Aucune modification thermique ne se produit et les courbes de température que nous aurions pu joindre à notre travail montrent que le thermomètre oscille constamment autour de 37°. Les opérés sont alimentés d'une façon légère : lait, œufs, potages.

C'est ordinairement huit jours après l'opération que le pansement est enlevé. L'administration de l'opium est alors suspendue. Il est important de surveiller les premières selles et d'éviter une brusque et abondante débâcle. Dans ce but on fait donner à l'opéré, le 6e ou le 7e jour, de l'huile de ricin, par cuillerées à café, à la dose de 5 à 6 dans la journée, suivant une méthode conseillée par Verneuil. L'huile de ricin peut être remplacée par de l'eau de Sedlitz ou un autre purgatif quelconque administrés suivant la même méthode.

Les garde-robes se font ainsi sans douleur et sans dommage.

Résultats immédiats. — Le pansement enlevé le huitième jour, le malade peut se lever le 15e et quitter l'hôpital le 20e. La réunion muco-cutanée est alors en général complète.

Résultats éloignés. — Nous avons revu un certain nombre des malades traités par M. Lejars, suivant le procédé que nous venons de décrire ; ces malades ont été examinés par nous jusqu'à deux, trois et même quatre ans après l'intervention qu'ils avaient subie. Les résultats que nous avons constatés sont excellents.

A la première inspection de l'anus, nous nous sommes toujours demandé si une opération quelconque avait été pratiquée sur cette région.

Les plis radiés de l'anus se montrent réguliers, la peau et la muqueuse ne présentent rien d'anormal, nous n'avons jamais observé de trace de récidive. Le limbe muco-cutané se dessine très bien ; le plus souvent il est profondément attiré dans le conduit anal et n'apparaît que lorsqu'on invite l'opéré à faire un effort. Nous avons introduit le doigt dans le rectum et nous avons pu constater que

le sphincter avait conservé toutes ses propriétés de tonicité et de dilatabilité.

Les malades retiennent très bien leurs matières, leur bol fécal est de volume normal, ils n'ont pas de douleurs en allant à la selle et ressentent très bien le besoin de la défécation. Les pertes de sang, quand elles existaient avant l'opération, ont complètement disparu depuis.

Voilà pour les résultats locaux. Les résultats généraux sont tout aussi satisfaisants.

L'existence des malades est totalement changée. Ils n'ont plus de douleurs, plus de perpétuelles préoccupations de souffrir en allant à la garde-robe. Les hémorrhoïdes disparaissent pour toujours, l'alimentation se fait régulièrement et la liberté du ventre est la règle. Les opérés peuvent vivre de la vie commune sans souci de leur état de santé ; ils peuvent vaquer à leurs occupations habituelles.

Un grand nombre de nos malades, qui avaient maigri notablement du fait de leur affection hémorrhoïdaire, ont augmenté de poids après leur opération.

Le soulagement apporté par cette intervention est donc considérable. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici les nombreuses lettres que nous ont écrites les opérés de M. Lejars quand nous les avons recherchés pour les examiner. Toutes peuvent se résumer de la sorte : Ils sont très satisfaits de l'opération qu'ils ont subie, gardent une grande reconnaissance à leur opérateur, et n'ont qu'un regret, celui de ne s'être pas plutôt confiés au chirurgien pour se faire débarrasser de leur affection.

Discussion des objections faites à la cure sanglante et des accidents signalés à son sujet ; leur pathogénie. — De nombreuses objections ont été faites à la cure sanglante des hémorrhoïdes pratiquée suivant la méthode de Whitehead :

On l'a accusé :

1° De présenter des difficultés techniques notamment pour la suture cutanéo-muqueuse et le maintien de l'asepsie au niveau de la région ;

2° D'entraîner de vives douleurs ;

3° D'exposer à la rétention d'urine.

On lui a surtout fait les trois reproches suivants, savoir :

4° D'être très sanglante ;

5° D'affaiblir les sphincters ;

6° D'exposer au rétrécissement cicatriciel de l'anus.

Dans l'excision des hémorrhoïdes à la Whitehead, quand on arrive à la suture cutanéo-muqueuse, on doit affronter deux lignes d'inégale longueur. On a parlé de *difficultés pour réaliser cet affrontement* ; nous avouons, pour notre part, n'avoir jamais vu surgir ces difficultés au cours des nombreuses interventions de ce genre auxquelles nous avons assisté ou coopéré. Quand on suit, pour la suture cutanéo-muqueuse, la technique que nous préconisons, suture à points passés précédée d'une suture antérieure en anse, qui sert de suture de repère, les surfaces cruentées conservent leurs rapports respectifs au moment de la réunion et s'appliquent régulièrement l'une à l'autre.

La peau dessine quelques fronces, mais l'affrontement ne s'en fait pas moins d'une façon tout à fait satisfaisante.

Un autre argument opposé à l'exérèse totale serait *la difficulté* et même pour certains *l'impossibilité de réaliser au niveau de la région anale une asepsie complète*, condition indispensable pour la réunion par première intention. Dans les observations qui suivent, nous verrons que la réunion a toujours été immédiate. En préparant le malade, comme nous l'avons dit, en l'entourant consécutivement des soins que nous avons indiqués, on se met dans des conditions d'antisepsie ou d'asepsie suffisantes pour obtenir d'emblée la réunion de la muqueuse à la peau. Bien d'autres arrivent au même résultat, grâce aux précautions minutieuses qu'ils apportent à la préparation de l'opéré et aux soins ultérieurs dont il est l'objet. Aussi tous les partisans de la cure sanglante, MM. Delorme, Quénu, Picqué, etc., attachent-ils, comme nous, une grande importance à ces détails.

La constipation de l'opéré est indispensable pour la bonne réussite de l'opération ; il faut l'obtenir à tout prix.

Est-ce à dire pour cela qu'une selle accidentelle se produisant par hasard, en dépit des efforts faits pour assurer la constipation, aura nécessairement pour conséquence la désunion de la plaie opératoire et entraînera à coup sûr des accidents septiques ? Nous ne le pensons pas.

Quelques-uns de nos malades (obs. XI, XII et XVIII) ont eu,

dans les premiers jours qui suivirent leur opération, des coliques assez vives avec garde-robes consécutives. Leurs pansements furent enlevés, on fit des lavages soigneux de la région anale et de nouveaux pansements ; l'opium, administré derechef, assura la constipation et la plaie se réunit par première intention peu de jours après.

Les *accidents douloureux* signalés à la suite de la cure sanglante peuvent être évités. Ils reconnaissent en effet pour nous, deux causes qu'il est facile d'éliminer. C'est, d'une part, la dilatation anale incomplète et, d'autre part, l'introduction dans le rectum, au moment du pansement, soit d'une mèche de gaze, soit d'un tube de caoutchouc.

Avec une dilatation anale insuffisante, le sphincter peut encore effectuer des contractions ; ces contractions sont l'origine des souffrances accusées par beaucoup d'opérés. Introduit-on dans le rectum une pièce de pansement de volume, une mèche de gaze ou un tube de caoutchouc, cette introduction provoque l'éclosion de douleurs par un double mécanisme, tantôt en réveillant les contractions du sphincter externe (mèche, tube), tantôt en s'opposant à l'issue des gaz (mèche).

Nous nous souvenons d'un malade opéré à Beaujon pendant notre séjour à cet hôpital (observation IX), chez lequel on avait placé une simple mèche de gaze intra-anale et qui eut des douleurs abdominales avec ballonnement du ventre, vomissements, au point de reproduire le tableau symptomatique de l'occlusion intestinale.

L'ablation de la mèche intra-rectale fit disparaître tous les accidents. Notre observation XXVII relate encore un fait similaire. M. Lejars a depuis longtemps renoncé à l'introduction dans le rectum de toute pièce de pansement chez ses opérés. M. Routier fait de même.

On connaît les idées de M. Quénu sur l'origine des douleurs dont se plaignent les malades opérés suivant la méthode de Whitehead. Pour lui, la douleur est fonction d'infection. Toute exérèse sur le rectum par la méthode sanglante reste indolente, tant que la plaie demeure aseptique.

Nous ne nous attarderons pas à réfuter l'argument tiré de la *rétention d'urine*, attendu qu'on peut observer cette complication à la suite de toutes les opérations sur le rectum et pas plus fréquemment à la suite des exérèses sanglantes qu'à la suite des cautérisations.

La méthode de Whitehead est très sanglante. — La perte de sang provoquée par l'opération semble être un des reproches les plus sérieux qu'on ait formulé contre la méthode de Whitehead. C'est une opération très sanglante, affirment ceux qui lui sont opposés. A la *Société de chirurgie* (séance du 14 juin 1899), M. Monod a dit que toutes les fois qu'il avait vu pratiquer l'opération de Whitehead, il avait été frappé de l'abondance de l'hémorrhagie. M. Quénu lui a répondu que la perte de sang dépendait de la vascularisation des hémorrhoïdes. « Il est parfaitement exact qu'il y a des hémorrhoïdes très vasculaires qui saignent et d'autres dont tous les vaisseaux sont thrombosés et qui ne saignent pas ; mais je suis cependant bien convaincu qu'il y a un rapport entre la perte de sang et la manière dont l'opération est faite (Delbet). » C'est là aussi notre manière de voir. Exécutée convenablement, l'extirpation totale de la muqueuse anale ne donne pas lieu à un écoulement de sang notable.

Quand on porte le bistouri sur cette région gorgée de sang et boursouflée de varices, on s'attend à une hémorrhagie abondante et l'on est tout étonné qu'en réalité « cela saigne peu ».

L'incision péri-anale intéressant bien le limbe muco-cutané, on marche immédiatement au sphincter : c'est le point de repère capital ; on dissèque exactement son bord interne au bistouri ; si alors le doigt pénètre bien dans la couche celluleuse et décollable on déchire peu de vaisseaux. Au contraire, vient-on à passer en dedans du sphincter sans le voir, la dissection intéresse les vaisseaux variqueux et on a un écoulement de sang veineux. Si l'on chemine trop en dehors on entame à peu près à coup sûr le réseau artériel du sphincter, très développé, et on a une hémorrhagie artérielle. Quand on pratique en un temps la section circulaire du manchon muqueux décollé, avant de commencer les sutures mucocutanées, on est obligé d'ordinaire de pincer un assez grand nombre de vaisseaux, et ce temps ne laisse pas que d'être sanglant ; c'est pour cela que nous conseillons la technique précédemment indiquée : division de la muqueuse par une seule fente longitudinale antérieure, section progressive à petits coups, par entailles de 1 centimètre, à mesure qu'on réunit : de la sorte on perd très peu de sang et on fait très peu de ligatures.

Au total, l'opération de Whitehead même quand les conditions

sont mauvaises est peu sanglante et, avec M. Delbet, nous ne pensons pas que le danger d'hémorrhagie puisse servir d'argument contre elle.

La cure sanglante affaiblit les sphincters. — Il est facile de respecter les sphincters et la meilleure précaution à prendre, c'est d'aller tout de suite, une fois l'incision péri-anale pratiquée, à la recherche du sphincter externe ; on trouve ses fibres demi-elliptiques, souvent pâles, appliquées à la face profonde de la muqueuse et d'un isolement ordinairement facile, quelquefois minutieux ; audessus le décollement se poursuit sans le moindre obstacle.

La dilatation forcée de l'anus, qui est le plus souvent un temps préliminaire indispensable, laisse bien à sa suite une légère parésie sphinctérienne ; mais en général, après la période de constipation de 6 à 7 jours, la tonicité est revenue et l'incontinence partielle, si elle existe, dure très peu.

Chez nos malades il n'y a jamais eu d'incontinence absolue des matières fécales à la suite de la cure sanglante, mais seulement une simple parésie sphinctérienne qui ne s'est jamais prolongée au delà de quelques semaines.

La cure sanglante expose au rétrécissement cicatriciel de l'anus. — « Si la réunion réussit, au moins en grande partie, on ne voie pas ce qui pourrait produire le rétrécissement de l'anus et cette réunion totale ou presque totale est la règle. Sans doute quand la réunion n'est pas absolument complète sur tout le pourtour de l'anus, au niveau des points de suture qui manquent et des petites surfaces bourgeonnantes qui en résultent, la cicatrisation se fait par seconde intention et crée des petits ilots fibreux, rétractiles, mais qui ne sauraient en aucune façon resserrer l'orifice lui-même (Lejars)(1). » Du reste chez les opérés qui ont guéri de la sorte, l'anus examiné pour un grand nombre au bout de plusieurs années est parfaitement souple et dilatable, les observations que nous apportons en font foi. L'échec total de la réunion muco-cutanée ou le sphacèle circulaire de la muqueuse entraîneraient seuls un pareil accident ; Whitehead déclare que, sur 300 cas, il ne l'a jamais observé.

M. Reclus, qui au début avait modifié le procédé de Whitehead,

(1) Lejars, *Leçons cliniques de la Pitié*, 1895.

dans la crainte d'un rétrécissement cicatriciel consécutif, n'a plus aujourd'hui les mêmes appréhensions ; il pratique maintenant l'extirpation totale. Nous lui laissons la parole : « Autrefois, je me préoccupais de laisser, en deux points opposés, un peu de muqueuse intacte pour éviter un rétrécissement cicatriciel, mais j'ai bien vite renoncé à cette manœuvre contre *un danger imaginaire.*

« Le rétrécissement appartient à la chirurgie de la période préantiseptique ; il était dû aux suppurations profuses, au tissu cicatriciel qui leur succédait et à la rétraction inodulaire.

« Maintenant,avec la réunion immédiate dela peau à la muqueuse, rien de semblable n'est à craindre. Voilà pourquoi je pratique une exérèse limitée pour des hémorrhoïdes limitées, et une exérèse totale pour les bourrelets circonférentiels et cela vraiment me paraît aussi simple que logique (Reclus) (1). »

Ceux qui dans la cure des hémorrhoïdes préfèrent le fer rouge à l'instrument tranchant invoquent surtout, à l'appui de leur opinion, le danger de rétrécissement consécutif à l'exérèse sanglante. Mais la sténose cicatricielle de l'anus à la suite de la cautérisation ignée se rencontre quelquefois ; M. Lejars en a vu un exemple ; et, à notre avis, le danger de rétrécissement serait plus grand dans la méthode ignée que dans la méthode sanglante. N'est-il pas établi d'une façon indubitable que la note caractéristique dominante des cicatrices consécutives aux cautérisations est leur tendance prononcée à la rétractilité.

La cure sanglante mérite-t-elle le nom de cure radicale, la récidive s'observe-t-elle après elle ? — Cette méthode qui supprime tout entière la muqueuse malade paraît bien donner les meilleures garanties d'une guérison définitive. Il est rationnel de la considérer comme une cure radicale.

Bon nombre de nos malades ont été revus plus de trois ans après leur intervention, l'un d'eux plus de 4 ans après ; aucun ne porte de trace de récidive. Ils semblent donc bien maintenant à l'abri de toute nouvelle production hémorrhoïdaire.

(1) Reclus, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 juin 1899.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent ont pu être recueillies par nous grâce aux renseignements que M. Lejars a bien voulu mettre à notre disposition.

Nous avons recherché les hémorrhoïdaires opérés par notre maître ; un bon nombre ont pu être examinés par nous, quelques-uns nous ont seulement fourni par lettre des renseignements assez détaillés que nous reproduisons.

Nous sommes arrivé de la même façon à rédiger quelques observations de malades, opérés par MM. Souligoux et Guinard, dans le service de M. Peyrot à Lariboisière.

Les 25 opérations dont nous avons constaté ainsi les résultats actuels remontent : la plus ancienne à 4 ans et demi et la plus récente à six mois.

Les autres observations relatent les résultats obtenus immédiatement par la cure sanglante.

Les deux dernières sont relatives à des ablations partielles par la ligature suivie de l'exérèse au thermo-cautère.

Obs. I. — *Hémorrhoïdes internes en bourrelet circonférentiel, datant de 14 ans, devenues procidentes. — Pertes de sang ; anémie prononcée. — Douleurs très vives. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent et persistant tel plus de 4 ans et demi après l'intervention.* — D..., 46 ans, gardien de la paix, entre à la Pitié le 20 novembre 1894, salle Michon, lit n° 17, dans le service de M. Reclus.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

En 1880, le malade voit une légère hémorrhagie se produire à l'occasion des garde-robes.

L'hémorrhagie limitée à l'écoulement de quelques gouttes de sang se reproduit assez régulièrement tous les 15 jours ou toutes les 3 semaines sans que le malade y prête grande attention.

La constipation est habituelle.

En septembre 1883, trois ans après le début des accidents, le paquet hémorrhoïdal devient procident ; le malade essaie mais en vain de le réduire lui-même, il a recours à un médecin qui opère la réduction.

A partir de ce moment, les douleurs apparaissent, mais seulement à l'occasion des selles ; en même temps les procidences se répètent.

La douleur contemporaine de l'acte de la défécation est aiguë, cuisante, provoquant, selon les dires du malade, la sensation d'une brûlure au fer rouge. Elle acquiert son maximum d'intensité à la fin des selles et se prolonge environ 10 heures après si le malade ne se repose pas immédiatement. La douleur s'amende avec le repos.

A partir de 1891 la procidence se produit chaque fois que la malade va à la selle et s'accompagne d'un écoulement de sang assez abondant, les phénomènes douloureux du début conservant toute leur acuité.

Enfin les hémorrhoïdes deviennent bientôt procidentes même dans l'intervalle des garde-robes ; le malade doit alors emporter avec lui de la vaseline pour pouvoir réduire ses hémorrhoïdes qui sortent presque tous les 500 mètres quand il est en marche ; l'écoulement sanguin continue à se manifester et les douleurs revètent une telle acuité que le malade doit abandonner son service. D... entre à la Pitié le 20 novembre 1891. Les hémorrhoïdes deviennent procidentes à l'occasion du moindre effort et forment un bourrelet volumineux absolument circonférentiel.

Cure sanglante à la Whitehead le 26 novembre. Le malade, soumis aux préparatifs d'usage, est opéré par M. Lejars.

Aucun incident durant les jours qui suivent l'intervention.

Résultat opératoire immédiat. — La ligne de cicatrisation cutanéo-muqueuse est complète quand le malade quitte l'hôpital, le 8 décembre 1894.

Résultat opératoire plus de 4 ans et demi après l'intervention. — Région anale parfaite, ne porte aucun indice d'intervention antérieure ; les plis rayonnés existent ; la peau du périnée est attirée dans la profondeur de l'anus. Sphincter contractile et perméable d'une façon absolument normale. Selles de volume ordinaire ; pas d'incontinence ; celle-ci ne s'est montrée à aucun moment après l'opération. La constipation, nous dit le malade, a persisté près d'un an après sa sortie de l'hôpital, mais depuis lors, les selles sont régulières, quotidiennes, elles ne provoquent ni écoulement de sang ni douleur, quelques démangeaisons seulement..

Le malade est enchanté, il n'a jamais ressenti aucun malaise depuis qu'il a quitté le service de la Pitié ; il a augmenté de 3 kilogrammes.

En somme, disparition complète des hémorrhoïdes et de leur cortège symptomatique, douleurs, hémorrhagies, constipation, par suite résultat excellent.

Obs. II. — *Hémorrhoïdes externes et internes en couronne, datant de 19 ans, devenues procidentes et irréductibles, donnant du sang en abondance, anémie prononcée, douleurs vives.— Cure sanglante à la Whitehead, résultat immédiat excellent et persistant tel depuis 4 ans.* — G..., 35 ans, garçon de bureau, entre le 8 août 1895 à Beaujon, salle Robert, lit n°25, dans le service de M. Th. Anger.

Père vit encore, 80 ans, a des varices aux membres inférieurs.

G... n'a eu aucune maladie avant son entrée à l'hôpital. Vers l'âge de 16 ans, il éprouve un peu de gêne de la défécation, il est habituellement

constipé. A 20 ans, G... part pour la Guadeloupe où il reste quatre ans.

Pendant son séjour aux colonies, les hémorrhoïdes, jusque là cachées, deviennent procidentes au moment des garde-robes qui provoquent de légères pertes de sang.

A vingt-quatre ans, c'est-à-dire en 1884, le malade rentre en France, les hémorrhoïdes sortent de plus en plus fréquemment déterminant à chaque procidence un écoulement sanguin.

En 1891, G... ayant alors trente et un ans, les hémorrhoïdes deviennent complètement irréductibles et des douleurs vives font leur apparition pendant que les hémorrhagies continuent.

De 1891 à 1895, c'est-à-dire de trente et un à trente-cinq ans, les pertes de sang augmentent de fréquence et d'abondance ; elles se montrent même dans l'intervalle des selles, le caleçon, les chaussettes sont souillés par le sang qui ruisselle le long des membres inférieurs, jusque dans les souliers ; G... est obligé, nous dit-il, de se garnir, comme une femme au moment de ses règles. Les garde-robes deviennent très douloureuses, la constipation s'accentue, le malade ne va à la selle que tous les deux ou trois jours, il redoute l'acte de la défécation qu'il cherche à reculer le plus possible à cause des douleurs qui lui sont inhérentes.

Le malade restreint volontiers son alimentation.

Sous l'influence des pertes de sang, de la douleur et de la constipation l'état général se modifie, le malade s'anémie fortement en même temps qu'un amaigrissement notable se produit.

G... vient réclamer l'intervention chirurgicale à Beaujon dans les premiers jours du mois d'août 1895.

Cure sanglante à la Whitehead. — Le malade est opéré par M. Lejars le 13 août, après les préparatifs d'usage. Dilatation anale au doigt, excision d'environ 4 centimètres de muqueuse, suture. Pansement ouaté occlusif.

Résultat opératoire immédiat. — On enlève, le 25 août, le pansement du malade, qui sort de l'hôpital le 28 du même mois, la plaie opératoire offre une réunion parfaite entre la muqueuse anale et la peau périnéale.

Résultat opératoire 4 ans après l'intervention. — Nous revoyons G... dans la première semaine d'août 1899. L'examen du malade nous permet de faire les constatations suivantes :

Anus normal avec plis radiés multiples, tégument de la région périnéale attiré dans le conduit anal ; réunion linéaire de la muqueuse à la peau. Sphincter contractile et dilatable comme à l'état normal.

Le malade nous raconte que, pendant 2 mois environ après son opération, il eut un peu d'incontinence des matières fécales,au moment des efforts de la miction, mais depuis la continence des matières est parfaite.

Les hémorrhagies, les douleurs, la constipation ont disparu, l'appétit est très bon, la santé générale excellente ; le malade a notablement augmenté de poids, donc résultat parfait ; G..., comme tous les autres malades que nous avons vus, garde une grande reconnaissance à son opérateur.

Obs. III. — *Hémorrhoïdes à double bourrelet externe et interne, volumineuses et étranglées, douloureuses et donnant du sang.— Cure sanglante à la Whitehead.— Guérison par première intention. — Résultat immédiat parfait et se maintenant tel depuis 4 ans.*— N... F..., 44 ans, carrier, entre à la Pitié, salle Michon, lit n° 13, dans le service de M. Reclus, le 3 septembre 1895.

Un seul fait mérite d'être signalé dans ses antécédents héréditaires : sa mère a eu des hémorrhoïdes. Aucune maladie antérieure.

C'est vers l'âge de 18 à 20 ans, soit en 1877 que les hémorrhoïdes ont fait apparition chez le sujet qui fait l'objet de cette observation. A partir de ce moment le malade a éprouvé de la gêne de la défécation, les selles s'accompagnaient fréquemment de perte de sang dont la quantité est évaluée par le malade à un verre, un verre et demi.

Plus tard, l'écoulement sanguin se produisit même dans l'intervalle des selles. En même temps la région anale était le siège d'une sécrétion mucopurulente continue. La station assise prolongée était pénible, de même les marches prolongées.

De 1877 à 1895, c'est-à-dire de 22 à 44 ans, notre malade ne vit ses hémorrhoïdes devenir procidentes qu'à de rares intervalles, 2 ou 3 fois par an, à la suite de périodes de constipation ; la réduction se faisait spontanément ; à ce moment les phénomènes douloureux augmentaient d'acuité, et les écoulements sanguin et séro-muqueux devenaient plus abondants.

Malgré ces troubles, F... N... continuait à exercer sa profession assez pénible de carrier, mais au mois d'août 1895, les accidents s'aggravèrent brusquement; le malade eut une crise de turgescence et d'étranglement hémorrhoïdaire ; la tumeur anale augmenta subitement de volume et des douleurs vives parfois atroces apparurent.

Le malade ne pouvait demeurer ni assis, ni couché, prenait les positions les plus diverses pour calmer ses douleurs et trouver un peu de repos.

L'insomnie se montra, en même temps, la constipation devint opiniâtre et le flux sanguin abondant.

Le malade dut alors interrompre son travail, il resta quelque temps chez lui, mais le soulagement ne se produisant pas il se décida à entrer à la Pitié, le 3 septembre 1895, c'est-à-dire 18 ans après le début des accidents.

Cure sanglante à la Whitehead, par M. Lejars, le 6 septembre 1895.

Résultat immédiat. — Le malade sort le 27 septembre, 21 jours après son opération ; la réunion de la muqueuse à la peau est complète ; il est guéri.

Résultat de l'opération quatre ans plus tard. — Le malade est revu par nous en septembre 1899, c'est-à-dire quatre ans après l'intervention qu'il a subie. L'orifice anal est normal ; on ne constate plus traces d'hémorrhoïdes même pendant les efforts ; la muqueuse est linéairement réunie à la peau sur toute la circonférence de l'anus. Les selles sont quotidiennes, régulières, de volume normal ; l'anus admet librement la pénétration du

doigt. Donc pas de rétrécissement. Durant les trois premières semaines qui suivirent sa sortie de l'hôpital, le malade eut un peu de parésie du sphincter, les envies d'aller à la selle demandaient à être satisfaites rapidement ; mais depuis le sphincter a retrouvé toute sa tonicité ; le toucher rectal le démontre péremptoirement.

Les douleurs, les hémorrhagies, le suintement séro-muqueux ont complètement disparu depuis l'opération qui n'a provoqué non plus aucune gêne de la miction.

L'état général de notre sujet est parfait ; il a eu depuis une fracture de la jambe gauche soignée à la Pitié dans le service de M. le professeur Berger mais le cal est excellent et notre homme a pu reprendre son pénible labeur. Il est très heureux de l'intervention que lui a faite M. Lejars.

Obs. IV. — *Hémorrhoïdes internes en couronne volumineuses, très douloureuses, opérées une première fois au thermocautère, récidive trois ans après. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat très satisfaisant et demeuré tel trois ans et demi après l'intervention.*— A. M.,. 40 ans, gardien de la paix, entre en fin février 1897, à l'hôpital Beaujon, salle Robert, dans le service de M. Th. Anger.

M... a été opéré une première fois en juillet 1892, c'est-à-dire cinq ans avant son entrée à Beaujon, par M. Tuffier à l'aide du thermocautère.

Cette intervention a procuré au malade un soulagement qui a persisté trois ans et quelques mois. Passé ce laps de temps, les hémorrhoïdes se sont reproduites et avec elles les douleurs qui sont plus violentes qu'avant la cautérisation.

Les selles qui sont rares, s'accompagnent de souffrances vives, le malade les compare à des brûlures au fer rouge.

Le malade redoute le moment où il doit aller à la garde-robe ; il modifie et restreint tout à la fois son alimentation. La marche, la station assise ne sont pas pénibles ; les douleurs se montrent seulement à l'occasion des garde-robes mais ces douleurs sont alors atroces.

Les hémorrhoïdes, d'abord cachées, deviennent procidentes au moment des selles ; elles sont dès les premières procidences très difficiles à réduire, puis deviennent de bonne heure complètement irréductibles.

Cure sanglante à la Whitehead. — M... ayant été soumis aux précautions préliminaires habituelles, est opéré le 24 février 1896 par M. Lejars.

Résultat opératoire immédiat. — M... quitte l'hôpital Beaujon le 13 mars 1896. La réunion cutanéo-muqueuse est complète sur toute la circonférence de l'anus, sauf en un point où existe une petite surface granuleuse.

Résultat opératoire trois ans et demi après l'intervention. — Nous revoyons le malade le 2 août 1899. Il nous raconte que, durant 40 jours environ après sa sortie de l'hôpital, il eut un peu d'atonie sphinctérienne,

c'est-à-dire que les envies d'aller à la selle demandaient à être satisfaites à bref délai ; mais une amélioration à ce point de vue se fit sentir en s'accentuant de jour en jour et au bout de trois mois le sphincter avait retrouvé toute sa tonicité. Durant le premier mois qui suivit son opération, M... a observé un léger suintement de sang, quand les selles étaient de consistance un peu dure.

Les douleurs qui accompagnent la défécation ont disparu ; aucune souffrance dans l'intervalle des selles. Les garde-robes sont régulières, quotidiennes. L'état de l'anus est très satisfaisant avec nombreux plis radiés, peau périnéale attirée profondément dans le canal anal.

La ligne de cicatrisation cutanéo-muqueuse est complète, sur toute la circonférence de l'anus, sauf en un point relativement peu étendu et occupant la partie postéro-latérale droite de l'orifice anal. A ce niveau existe une petite surface granuleuse d'une largeur d'un demi-centimètre en moyenne et d'une longueur d'un centimètre environ. Ce point où la cicatrisation ne s'est pas effectuée complètement est la source d'une légère sécrétion séro-muqueuse que le malade nous dit avoir toujours conservée. Aucune trace de nouvelle tumeur hémorrhoïdaire même dans les efforts. Le sphincter offre une tonicité et une perméabilité absolument parfaites. Notre malade présente une amélioration générale très manifeste, l'appétit est excellent ; en somme résultat très satisfaisant, les douleurs qui torturaient le malade ont complètement disparu.

Obs. V. — *Hémorrhoïdes datant de 10 ans, volumineuses. — Douleurs violentes. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent et s'étant maintenu tel plus de trois ans après.* — J. S..., 46 ans, comptable, entre le 31 juillet, à Beaujon, salle Robert, dans le service de M. Th. Anger.

Père hémorrhoïdaire, mort à 68 ans d'une affection stomacale de nature indéterminée ; mère morte à 77 ans sans avoir jamais eu d'affection grave. Deux frères et trois sœurs jouissent d'une bonne santé.

Comme antécédents personnels, nous relevons chez J. S... une fièvre typhoïde vers l'âge de 19 ans et une syphilis contractée à 22 ans. Cette dernière infection a été soignée énergiquement et n'a entraîné aucun accident sérieux.

Les accidents hémorrhoïdaires débutent chez J.S...vers l'âge de 36 à 37 ans et se traduisent par l'apparition de quelques gouttes de sang sur le bol fécal. A ce moment ni douleur, ni tumeur variqueuse à l'anus, mais la constipation est habituelle.

Les phénomènes douloureux font leur apparition entre 42 et 43 ans ; ils se montrent surtout à l'occasion des garde-robes, mais se manifestent aussi dans l'intervalle des selles. La marche et la station assise prolongées deviennent pénibles. C'est à cette époque également que les hémorrhoïdes commencent à devenir procidentes quand le malade se livre à l'acte de la défécation. Les procidences sont alors absolument passagères et la réduc-

tion des hémorrhoïdes s'opère spontanément. A partir de ce moment les hémorrhoïdes occasionnent de temps à autre un écoulement sanguin, mais ces pertes de sang sont en somme rares et toujours peu abondantes.

Avec le temps le volume de la masse variqueuse va augmentant, les procidences sont provoquées non seulement par les selles, mais aussi par la marche et la réduction devient de plus en plus laborieuse et pénible. La constipation persiste toujours et les douleurs vont s'aggravant.

Trois semaines avant l'entrée de J. S... dans le service hospitalier les hémorrhoïdes deviennent complètement irréductibles et cette irréductibilité s'accompagne de douleurs alors fort violentes. La tumeur hémorrhoïdaire atteint à ce moment les dimensions d'un petit œuf environ.

J. S... entre à Beaujon le 31 juillet 1895.

Cure sanglante à la Whitehead. — Après avoir été soumis au traitement préparatoire d'usage le malade est opéré par M. Lejars, le 5 août 1898.

Suites opératoires et résultat opératoire immédiat. — Les premiers jours qui suivent l'intervention, l'opéré éprouve quelques difficultés à uriner, mais néanmoins la miction se produit spontanément. Le pansement est enlevé le 13 août, jour de la sortie du malade. Lorsque J. S... quitte l'hôpital, la plaie opératoire est parfaitement circatrisée.

Résultat opératoire constaté trois ans passés après la cure sanglante. — Le malade vient se faire examiner par nous à la fin d'août 1899. Il nous raconte qu'il a éprouvé quelques démangeaisons à l'anus durant les trois premières semaines qui ont suivi sa sortie de l'hôpital, puis tous ces phénomènes ont disparu et depuis il n'a jamais ressenti aucune douleur de ce côté. Son sphincter a toujours bien fonctionné ; nul phénomène d'atonie sphinctérienne ne s'est produit. Le toucher rectal nous permet de constater que la tonicité du sphincter est excellente ; il en est de même de sa dilatabilité ; les selles sont de volume normal.

Aucune trace de nouvelles hémorrhoïdes ; les renseignements fournis par le toucher et l'inspection de la région anale sont négatifs à ce sujet. Nombreux plis radiés à l'anus ; ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse profondément attirée dans le canal anal. La constipation a disparu, l'état général est des plus satisfaisant.

Au total, résultat excellent se maintenant tel depuis trois ans passés chez ce malade qui garde une profonde reconnaissance à son opérateur.

Obs. VI. — *Hémorrhoïdes internes en couronne, procidentes, volumineuses, douloureuses ; pertes de sang abondantes.* — *Dilatation sphinctérienne et ligature au catgut suivie de l'excision au thermocautère en juillet* 1896 ; *récidive.* — *Cure sanglante à la Whitehead le* 15 *décembre* 1896. — *Résultat immédiat excellent s'étant maintenu tel* 32 *mois après.* — Jeanne B..., 31 ans, couturière, entre le 8 décembre 1896, à Beaujon, salle Huguier, lit n° 3, dans le service de M. Th. Anger.

Père et mère vivent encore, bien portants. Deux frères et une sœur jouis-

sent d'une bonne santé. Tous les membres de la famille ont des épistaxis à l'exception du père.

Antécédents personnels : Rougeole à 4 ans. Premières règles à 12 ans, depuis, menstrues régulières, mais douloureuses, abondantes durant huit jours.

A 15 ans, avortement fœtal après 3 mois et demi de gestation ; pas d'accidents à la suite.

A 19 ans, accouchement prématuré à 7 mois ; l'enfant meurt à 10 mois de cause inconnue pour la mère, vraisemblablement par faiblesse congénitale.

Abcès du sein à la suite.

A 20 ans, scarlatine ; à 24 ans, hydarthrose du genou gauche.

Notre malade est une névropathe.

Jeanne B... est habituellement constipée, elle ne va à la selle que tous les 4 ou 5 jours. Vers 27 ou 28 ans, c'est-à-dire trois ou quatre ans avant son entrée à l'hôpital, Jeanne B... éprouve des douleurs à l'occasion des garde-robes et ses hémorrhoïdes demeurées cachées jusqu'alors deviennent procidentes. La tumeur hémorrhoïdaire se réduit après l'acte de la défécation. Les hémorrhoïdes qui n'occupent qu'une partie de la circonférence du conduit anal sont traitées par la ligature suivie de l'excision au thermocautère, après dilatation sphinctérienne préalable, le 10 juillet 1896. La malade en effet est venue réclamer une intervention à cause des douleurs qu'elle éprouve et des pertes de sang abondantes qui sont occasionnées par ses hémorrhoïdes.

Cette première intervention n'apporte à la malade qu'un soulagement très momentané, les hémorrhoïdes récidivent presque aussitôt : les pertes de sang apparaissent de nouveau, moins abondantes peut-être, mais les douleurs sont beaucoup plus violentes. La station assise devient très pénible et Jeanne B..., qui est couturière, se voit obligée de travailler debout, d'où fatigue. Les hémorrhoïdes augmentent de volume et ne tardent pas à former une masse assez grosse.

Cure sanglante à la Whitehead. — La malade entre pour la seconde fois à l'hôpital, elle est opérée par M. Lejars le 15 décembre 1896.

Soumise au traitement préparatoire ordinaire on pratique après anesthésie à l'éther, la dilatation anale et on enlève une couronne hémorrhoïdaire interne.

Suture à la muqueuse de la peau de la marge de l'anus.

Résultat opératoire immédiat. — Jeanne B... sort de l'hôpital Beaujon, le 4 janvier 1897 ; la réunion de la peau marginale à la muqueuse anale est complète sur toute la circonférence de l'orifice.

Résultat opératoire 32 mois après la cure sanglante. — A l'examen de l'anus *de visu* et par le toucher rectal on ne trouve aucune trace d'hémorrhoïdes, la ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse n'est visible qu'en déplissant l'anus et lorsque la malade fait des efforts. Perméabilité normale du sphincter dont la tonicité est également parfaite.

Les douleurs, les pertes de sang ont disparu. La constipation a diminué, la malade va à la selle tous les deux jours.

L'état général est meilleur, mais la malade se plaint actuellement de vomissements au moment des règles et de douleurs dans l'hypochondre et le flanc droit ; elle offre en outre un état de nervosisme assez prononcé. Nous examinons Jeanne B..., et en explorant la cavité abdominale nous trouvons un rein flottant que la palpation néphroleptique, suivant le procédé recommandé par Glénard, nous permet de saisir presque à pleine main.

Cette néphrotose prononcée nous semble absolument suffisante pour expliquer les troubles et l'état de nervosisme que nous découvrons chez notre malade. Aussi la région anale ayant un aspect absolument normal, nous croyons pouvoir en conclure à l'excellence des résultats fournis par la cure sanglante des hémorrhoïdes.

Obs. VII. — *Hémorrhoïdes internes en couronne, datant de 28 ans, devenues procidentes définitivement, douloureuses, pertes de sang abondantes ; anémie. — Cure sanglante à la Whitehead ; résultat immédiat parfait s'étant maintenu tel depuis deux ans et demi.* — B.., 43 ans, électricien, entre, le 9 février 1897, à l'hôpital Beaujon, salle Robert, lit n° 25, dans le service de M. Th. Anger.

Père mort à 56 ans de dysentérie. Mère encore vivante et bien portante, 72 ans. Un père mort en 1878 à la suite d'accidents éthyliques au dire du malade.

B... est lui-même éthylique,il abuse du vin et de l'absinthe ; son éthylisme se caractérise par des cauchemars, des pituites, des crampes dans les mollets, du tremblement des mains et du tremblement fibrillaire de la langue.

Il a eu un chancre mou à vingt-deux ans et une angine grave, dit-il, a trente-trois ans.

Depuis l'âge de quinze ans, c'est-à-dire à partir de 1869, le malade se plaint de ses hémorrhoïdes qui sont restées longtemps cachées, ne sortant d'abord qu'à de rares intervalles, tous les sept ou huit ans seulement. Dans l'intervalle des procidences les hémorrhoïdes donnaient lieu néanmoins à de violentes douleurs, mais les selles étaient assez régulières, la constipation était rare. Légères pertes de sang de temps à autre.

Deux ans avant l'entrée du malade à l'hôpital, soit en 1895, la constipation devient habituelle, les hémorrhoïdes sortent fréquemment et les pertes de sang prennent de l'importance.

Ces hémorrhagies, qui sont quotidiennes et se produisent pendant les selles et en dehors de celles-ci, deviennent à certains moments si abondantes que le sang souille complètement le caleçon du malade et coule jusque sur ses jambes et même ses pieds.

Sous l'influence de ces pertes sanguines un état anémique se déclare avec bourdonnements dans les oreilles,éblouissements,défaillances répétées.

Le malade entre à Beaujon au cours d'une crise de turgescence hémorrhoï-

daire dont le début remonte à huit jours ; il est hospitalisé au commencement de février 1897, les douleurs à ce moment sont fort vives.

Cure sanglante à la Whitehead, par M. Lejars, le 15 février 1897.

Résultat immédiat de l'opération. — Réunion par première intention de la peau et de la muqueuse sur toute la circonférence de l'anus.

Le malade quitte l'hôpital le 28 février 1897.

Résultat de l'opération deux ans et demi plus tard. — Le malade vient se faire examiner par nous le 1er août 1890. La région anale paraît absolument normale au point qu'il serait impossible d'affirmer que cet homme a subi une opération si on n'était prévenu.

Réunion complète et parfaite de la peau à la muqueuse. Aucune trace d'hémorrhoïdes même pendant les efforts que nous engageons le malade à faire. Le doigt introduit dans l'anus ne rencontre aucune saillie hémorrhoïdaire, il pénètre aisément et peut être serré avec énergie par le patient, donc tonicité et dilatabilité du sphincter excellentes. Les selles sont de volume normal. Les douleurs et les hémorrhagies ont été radicalement supprimées par l'intervention.

Le malade n'a pas eu de troubles de la miction à l'occation de sa cure sanglante. Il n'a jamais eu le moindre phénomène d'incontinence rectale.

L'état général est bon bien que notre malade n'ait pas renoncé à ses habitudes alcooliques, il se plaint seulement d'un peu de faiblesse des jambes qui doit vraisemblablement être rapportée à son intoxication éthylique.

Obs. VIII. — *Hémorrhoïdes à double bourrelet circonférentiel externe et interne, volumineuses, irréductibles, très douloureuses. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent et demeuré tel 2 ans après.* — P. M..., 27 ans, employé de commerce, sans antécédents héréditaires ni personnels.

Débuts des accidents hémorrhoïdaires en 1894 à l'âge de 22 ans. Le malade, qui faisait alors son service militaire dans l'artillerie, eut un matin, après une constipation de plusieurs jours, une selle très douloureuse et s'aperçut que ses matières étaient teintées de quelques gouttes de sang. A la suite de cette évacuation douloureuse, P. M... éprouva du côté de l'anus des démangeaisons assez tenaces mais peu importantes et tout parut rentrer dans l'ordre normal.

Le 1er janvier 1897, le malade, ayant alors 25 ans, vit à la suite d'une nouvelle période de constipation suivie d'une défécation douloureuse les hémorrhoïdes, qui jusqu'à ce moment étaient demeurées cachées, devenir procidentes ; elles formaient alors une tumeur dont il évalue le volume à celui d'un œuf de pigeon.

Le malade essaya de réduire lui-même, mais en vain, ses hémorrhoïdes ; il appela un médecin dont les tentatives de réduction demeurèrent également infructueuses. Les douleurs occasionnées par cette procidence hémorrhoïdaire furent très violentes et décidèrent le malade à entrer à l'hôpital Beaujon le 8 janvier 1897. L'examen de la région anale pratiqué

alors fait reconnaître l'existence d'une tumeur hémorrhoïdaire de la grosseur d'un petit œuf, très douloureuse et augmentant notablement de volume sous l'influence des efforts.

Le malade n'est pas constipé, ses hémorrhoïdes ne saignent pas, mais elles entraînent des douleurs atroces et sont le siège d'une exsudation séro-muqueuse assez abondante.

Cure sanglante à la Whitehead le 20 janvier, par M. Lejars.

Résultat immédiat. — Le malade sort le 9 février, la réunion cutanéo-muqueuse est complète.

Résultat deux ans et demi après. — Nous avons revu ce malade le 3 août 1899, c'est-à-dire 2 ans 1/2 après son opération.

L'anus est définitivement débarrassé de toute masse hémorrhoïdaire; lorsqu'on invite le malade à pousser comme pour aller à la selle, on ne voit aucune hémorrhoïde apparaître, le doigt introduit dans l'anus, ne sent rien; on constate que le sphincter a conservé toute son énergie contractile et se laisse dilater normalement.

P. M... nous dit qu'il a eu durant un mois, après son opération, une légère parésie sphinctérienne, c'est-à-dire que les besoins de la défécation demandaient à être satisfaits assez rapidement, mais depuis cette époque, la fonction de la défécation s'accomplit chez lui normalement.

La réunion de la peau à la muqueuse anale est parfaite, sans tissu cicatriciel; les plis radiés de la région sont reformés, elle a un aspect froncé, comme chez les sujets normaux, de telle sorte qu'il serait impossible de penser que ce malade ait subi une opération si on n'en était averti.

Les selles sont faciles, régulières, quotidiennes, non douloureuses. Suppression absolue des phénomènes douloureux et même des démangeaisons soit au moment des selles, soit dans leur intervalle.

Etat général excellent.

Obs. IX. —*Hémorrhoïdes totales à double bourrelet interne et externe, très douloureuses, volumineuses, irréductibles. — Cure sanglante à Witehead. — Très bon résultat immédiat et demeuré tel deux ans et demi après.* — P. D..., 51 ans, tailleur, entre à l'hôpital Beaujon, salle Robert, lit n° 1, dans le service de M. Th. Anger, le 3 avril 1897.

Père et mère morts de cause inconnue. Deux frères et deux sœurs morts de tuberculose pulmonaire.

Comme antécédents personnels ce malade a contracté, à l'âge de 35 ans, une syphilis qui paraît avoir été bénigne.

Les accidents se sont bornés, après l'évolution du chancre initial, à l'apparition d'une roséole et de quelques plaques muqueuses les unes anales, les autres bucco-pharyngées qui ont disparu assez rapidement. Le malade a suivi pendant deux ans et demi le traitement spécifique.

La constipation est habituelle chez P. D... depuis de longues années et les hémorrhoïdes n'ont fait apparition chez lui que cinq ou six ans avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers l'âge de 45 ou 46 ans.

Au début le malade éprouvait des démangeaisons continuelles à la région anale, puis ces démangeaisons s'accompagnèrent au bout de quelque temps de sensations de gêne et de pesanteur.

Deux années plus tard apparurent au pourtour de l'anus de petites tumeurs ; la constipation dès lors s'accentua, le malade n'allait à la selle que tous les cinq ou six jours.

Les hémorrhoïdes saignaient rarement et fort peu à chaque fois, mais elles étaient le siège d'une sécrétion séro-muqueuse très abondante qui imprégnait fortement le linge du malade.

La douleur devint chez notre sujet le trouble capital occasionné par son affection hémorrhoïdale.

Des crises douloureuses apparurent à diverses reprises et P. D... dut alors plusieurs fois abandonner durant quelques semaines ses occupations ; il est tailleur et la station assise était insupportable. La marche fut auss de temps à autre pénible.

A l'exameu du malade, à son entrée à l'hôpital, on constate que l'anus est complètement entouré d'un double bourrelet d'une coloration rouge foncé. Ce bourrelet formé d'une série de saillies très accentuées, du volume d'une noisette environ, est ulcéré par places. La tumeur est tendue, irréductible. Des surfaces ulcérées s'écoule un liquide séro-sanguinolent, assez abondant, tachant fortement le linge.

Cure sanglante à la Whitehead, par M. Lejars, le 12 avril 1897. — Pansement ouaté avec mèche intra-rectale. — Durant les 48 premières heures qui suivirent l'intervention, le malade eut de la gêne de la miction, nous pratiquâmes trois fois le cathétérisme ; puis l'application de compresses chaudes sur la région hypogastrique vint à elle seule à bout des difficultés de la miction qui ne tarda pas à devenir spontanée et régulière.

Pendant la période de constipation post-opératoire à laquelle fut soumis le malade,son ventre présenta un météorisme très prononcé et le 17 avril 1897, c'est-à-dire 5 jours après la cure sanglante, le malade eut deux ou trois vomissements bileux. Notre opéré n'éprouvait pas de véritables coliques intestinales, mais une sensation de gêne considérable due au ballonnement du ventre très prononcé.

La température était normale, 37°. L'état de notre malade était un peu inquiétant.

Sur les indications de M. Lejars, nous enlevâmes le pansement du malade y compris la mèche intra-rectale qui avait été placée et nous lui administrâmes un 1er lavement électrique vers midi, qui fut renouvelé le soir à cinq heures.

Dans l'intervalle de ces deux lavements le malade prit cinq cuillerées à dessert d'huile de ricin administrées d'heure en heure. Après le second lavement électrique,le malade rendit de nombreux gaz et eut le soir même une selle abondante.

Le soulagement fut immédiat, les symptômes qui nous avaient un peu alarmés s'atténuèrent notablement chez P. D.. ; le lendemain le malade avala

3 cuillerées à dessert d'huile de ricin en trois prises différentes et en 48 heures le calme fut définitivement rétabli.

La région anale fut fréquemment lotionnée chaque jour avec une solution légère de sublimé et le malade fut complètement guéri le 4 mai 1897, les selles étant régulières depuis huit jours.

Résultat opératoire immédiat. — Malgré le passage des matières fécales dès le cinquième jour qui suivit la cure sanglante, la cicatrisation avait pu se faire complètement et régulièrement grâce aux soins minutieux de propreté dont fut entourée la région anale du malade pendant son séjour à l'hôpital.

Résultat opératoire deux ans passés après l'intervention. — Nous revoyons notre malade en août et septembre 1899.

La région anale ne paraît avoir été le siège d'aucune opération, l'orifice anal présente des plis rayonnés multiples ; la peau du périnée est attirée profondément dans le canal anal, et la muqueuse n'apparaît que sous l'influence de violents efforts. La réunion cutanéo-muqueuse est parfaite.

La tonicité du sphincter est excellente ; durant les premières semaines qui suivirent la cure sanglante, l'opéré ne pouvait guère différer les besoins d'aller à la selle, mais il n'a jamais eu d'incontinence véritable des matières fécales.

Les selles sont de volume normal, il n'y a pas de rétrécissement anal.

Le doigt introduit dans l'anus constate aisément que la sphincter a conservé intégralement toutes ses propriétés de perméabilité et de tonicité.

Les selles sont quotidiennes, faciles, non douloureuses. Tout sentiment de gêne ou de prurit a disparu.

Le malade est enchanté de l'opération qu'il a subie : il nous prie de remercier chaleureusement en son nom son opérateur.

Obs. X. — *Hémorrhoïdes volumineuses, à double bourrelet interne et externe, pertes de sang abondantes ; douleurs vives. — Cure sanglante à la Whitehead. — Guérison par première intention. — Résultat immédiat excellent, persistant tel depuis 2 ans 1/2.* — La nommée L...H..., 55 ans, entre le 15 novembre 1896 à Beaujon, salle Huguier, service de M. Th. Anger.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Les accidents du côté de la région anale ont apparu pour la première fois chez cette malade, à l'âge de 24 ans, à la suite d'un accouchement qui fut laborieux. Démangeaisons au niveau de l'anus dans l'intervalle des selles ; garde-robes régulières, quotidiennes, mais s'accompagnant de gêne sans grandes douleurs toutefois ; aucune perte de sang.

Vers l'âge de 34 ou 35 ans, c'est-à-dire dix ans environ après les accidents initiaux, les hémorrhoïdes totalement cachées au début sont devenues procidentes à l'occasion des évacuations alvines ; leur volume a augmenté au point d'atteindre les dimensions d'un œuf de poule, au dire de la malade, et en même temps les désordres occasionnés par leur présence se sont accrus.

Réductible spontanément encore à ce moment le bourrelet-hémorrhoïdal donne déjà lieu à un suintement séro-muqueux notable et surtout à des hémorrhagies abondantes provoquées par les efforts de la défécation. En même temps la constipation apparaît et s'accroît ainsi que la gêne.

Dix ans plus tard, à 46 ans, les hémorrhoïdes deviennent complètement irréductibles et le cortège symptomatique s'aggrave. La constipation se montre de plus en plus opiniâtre, les selles s'espacent, deviennent très douloureuses. La station assise est pénible. Enfin et surtout les hémorrhagies prennent un caractère alarmant.

Ces pertes de sang sont très abondantes ; au moment des défécations l'écoulement sanguin est tel qu'il aurait pu, nous dit la malade en exagérant, remplir une cuvette. L'état général s'en ressent, la malade perd ses forces, a des éblouissements, des défaillances.

Cure sanglante à la Whitehead. — Les pertes de sang et les douleurs qui leur font cortège décident la malade à rechercher une intervention. Elle entre à Beaujon, salle Huguier, dans le service de M. Th. Anger ; elle est opérée par M. Lejars le 20 novembre 1896, la malade est âgée alors de 55 ans.

Résultat immédiat. — Excellent ; réunion cutanéo-muqueuse complète.

Résultat 2 ans 1/2 après l'opération. — Nous revoyons cette opérée le 3 août 1899, c'est-à-dire plus de 2 ans 1/2 après qu'elle a subi son intervention.

Région anale normale ; disparition définitive des hémorrhoïdes ; le sphincter a conservé sa tonicité et sa dilatabilité normales ; la peau est réunie directement à la muqueuse sans tissu de cicatrice ; les téguments du pourtour de l'anus sont parcourus par de nombreux plis radiés comme à l'état normal. Les selles sont régulières, quotidiennes, ne s'accompagnent d'aucune douleur. Toute sensation de prurit ou de démangeaison a cessé du côté de l'anus.

La malade n'a jamais eu d'hémorrhagie ni d'écoulement anal depuis qu'elle a été opérée ; elle n'a pas eu non plus à aucun moment d'incontinence de ses matières fécales.

Ses forces sont revenues et son état général beaucoup amélioré est très satisfaisant en ce moment.

Obs. XI. — *Hémorrhoïdes à double bourrelet circonférenciel externe et interne, volumineuses, irréductibles, très douloureuses. — Pertes de sang abondantes, anémie prononcée. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent et demeuré tel 2 ans 1/2 après.* — J. G..., 45 ans, concierge, entre dans la dernière quinzaine de juin 1897 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Anger.

Père mort à 58 ans, à la suite d'un refroidissement, nous dit le malade. Mère morte à 75 ans de cause inconnue, avait des hémorrhoïdes.

Un frère hémorrhoïdaire, 3 autres bien portants.

Comme antécédents personnels chez notre malade on ne relève que deux

bronchites successives à 23 ans ; mais il a été constipé dès son jeune âge.

Les accidents hémorrhoïdaires apparaissent chez G... à 31 ans en 1883. La constipation est habituelle, le malade n'a qu'une ou deux selles chaque semaine ; la défécation s'accompagne d'une sensation de gêne. La station assise est pénible, pendant la station verticale et la marche les hémorrhoïdes deviennent procidentes, le malade éprouve alors une sensation de pesanteur à l'anus suffisamment douloureuse pour l'obliger à s'arrêter s'il est en marche.

Vers le milieu de 1883, c'est-à-dire peu de temps après les premiers accidents, surviennent des écoulements de sang, qui se produisent à l'occasion des garde-robes ; le malade, dont la constipation est toujours très prononcée, a de fausses envies d'aller à la selle, qui se renouvellent fréquemment et n'aboutissent qu'à l'écoulement d'une quantité de sang relativement abondante ; le malade l'évalue à deux verres.

A partir de 1889, à 37 ans, les pertes de sang augmentent d'abondance et conduisent le malade à une anémie grave caractérisée par de la faiblesse, de la pâleur, des défaillances.

G... entre à l'hôpital Beaujon en fin août 1897.

Cure sanglante à la Whitehead. — Le 30 juin, après avoir été soumis aux précautions préliminaires habituelles, notre malade est opéré par M. Lejars.

Bien que le malade n'ait perdu qu'une faible quantité de sang durant l'intervention, son état d'anémie antérieure est assez grave pour nécessiter l'injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel qu'on lui fait à la cuisse droite immédiatement après l'opération.

Résultat opératoire immédiat. — A la sortie de l'hôpital, le 16 juin 1897, il y a réunion complète de la muqueuse anale et de la peau du pourtour de l'anus.

Résultat opératoire 26 mois après la cure sanglante. — L'état de l'anus est parfait avec nombreux plis radiés et pénétration à un centimètre et demi environ de la peau péri-anale dans le canal de l'anus. Pas de trace de tumeur hémorrhoïdaire soit interne, soit externe. Sphincter ayant toute sa tonicité et se laissant dilater normalement. Le malade n'a eu d'incontinence des matières fécales à aucun moment. Pas d'indice de rétrécissement ; selles de volume normal. Avec l'opération qu'il a subie, le malade a vu disparaître d'une façon définitive ses douleurs, ses hémorrhagies et sa constipation ; les selles sont devenues régulières, quotidiennes. L'état général est excellent, le malade a augmenté de 9 kilos depuis sa sortie de Beaujon. Donc résultat parfait à tous les points de vue.

Obs. XII. — *Hémorrhoïdes internes en couronne devenues procidentes, datant de 10 ans, volumineuses, très douloureuses. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent s'étant maintenu tel depuis deux ans.* — D..., 61 ans, comptable, entre, le 5 octobre 1897, à l'hôpital Beaujon, salle Robert, dans le service de M. Th. Anger.

Antécédents héréditaires : Père mort à 74 ans, a eu des hémorrhoïdes ; Mère morte à 72 ans de cause inconnue. Une sœur a été traitée pour une fistule à l'anus.

D... a un fils âgé de 28 ans, qui souffre actuellement d'hémorrhoïdes.

Antécédents personnels : En 1855, à l'âge de 19 ans, D... fait la campagne de Crimée, et contracte la dysenterie. De 21 à 25 ans, notre malade séjourne aux Antilles Françaises où il est atteint par la fièvre intermittente. Il a trois accès dont l'un se montre grave.

A partir de 1887, c'est-à-dire depuis l'âge de 50 ans, varices des membres inférieurs accompagnées d'un état eczémateux de la peau des jambes.

C'est aussi vers l'âge de 50 ans que débutent chez D... les accidents hémorrhoïdaires dont le phénomène capital sera jusqu'au moment de l'opération l'élément douleur.

D... est constipé depuis très longtemps, bien avant l'apparition des souffrances.

Deux ou trois ans après les accidents initiaux, les hémorrhoïdes, jusque là cachées, deviennent procidentes, les douleurs redoublent d'acuité et vont s'accentuant de jour en jour.

Elles se montrent à l'occasion des garde-robes et dans l'intervalle de celles-ci. Deux années avant l'opération, en 1895, le malade ayant alors 59 ans, les hémorrhoïdes deviennent irréductibles, la station assise est pénible et ne peut être tolérée qu'à l'aide de précautions particulières ; les douleurs de la défécation sont de plus en plus vives, en même temps se produisent quelques pertes de sang, mais ces dernières sont toujours modérées.

Durant les trois ou quatre mois qui précèdent l'entrée du malade à Beaujon, les douleurs deviennent très violentes, atroces au dire de D... Le malade ne peut se reposer ni dans la station assise ni dans le décubitus dorsal ; le décubitus latéral est seul toléré ; l'insomnie se déclare. L'état général devient mauvais, et le malade vient réclamer l'intervention chirurgicale pour ses hémorrhoïdes qui forment alors un bourrelet volumineux de la grosseur environ d'un petit œuf.

Cure sanglante à la Whitehead. — Entré le 5 octobre 1897, D... est opéré le lendemain 6 octobre par M. Lejars après avoir été soumis aux préparatifs d'usage.

Le sphincter présente une contraction spasmodique très intense ; la dilatation anale forcée, pratiquée d'abord avec les doigts est insuffisante à vaincre le spasme sphinctérien, aussi la fait-on suivre de la dilatation avec le spéculum de Trélat, le sphincter externe résistant beaucoup. Ablation par le Whitehead d'un bourrelet hémorrhoïdaire volumineux.

Résultat immédiat. — Les suites opératoires sont des plus simples à part un petit incident qui survient trois jours après l'opération et constitué par l'apparition d'une selle abondante ; cet incident s'explique aisément par la brièveté du traitement opératoire, le malade pour des raisons particulières n'ayant pu séjourner dans le service quelques jours avant son opération.

On enlève le pansement ouaté iodoformé en double spica, on lave soigneusement la région anale et on applique un nouveau pansement iodoformé maintenu par un bandage en T.

Le malade quitte l'hôpital le 23 octobre, 17 jours après avoir été opéré, avec une réunion immédiate de la muqueuse à la peau de la marge de l'anus sur toute sa circonférence.

Aucun trouble de la miction ne s'est montré dans les jours qui ont suivi l'opération.

Résultat opératoire constaté deux ans après l'intervention. — D..., que nous revoyons en octobre 1899, nous raconte qu'il eut quelques douleurs légères du côté de l'anus durant les quinze premiers jours qui suivirent sa sortie de l'hôpital, mais depuis lors tout phénomène douloureux a disparu. Un mois après avoir subi la cure sanglante de ses hémorrhoïdes,notre malade qui est comptable, a pu retourner à son bureau et reprendre ses occupations habituelles.

Les envies d'aller à la selle ont demandé à être satisfaites à bref délai pendant les deux ou trois premiers mois consécutifs à l'opération sans que le malade ait jamais eu à aucun moment de véritable incontinence des matières fécales ; ce temps écoulé, le sphincter a recouvré toute sa tonicité. Les selles sont maintenant régulières, bi-quotidiennes ; elles sont de volume normal.

La constipation a donc disparu et le sphincter a retrouvé ses propriétés de tonicité et de dilatabilité premières, comme le démontre du reste le toucher rectal.

La région anale est d'aspect parfait ; elle possède de nombreux plis rayonnés ; la ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse, qui est excellente sur toute la périphérie du canal anal, est attirée profondément dans l'intérieur du conduit rectal. Aucune trace d'hémorrhoïde décelable soit à la vue même pendant les efforts, soit au toucher.

L'état général est excellent ; notre opéré, qui est débarrassé de ses vives douleurs et qui a pu reprendre son travail habituel est enchanté de l'intervention qu'il a subie et nous assure de la profonde gratitude qu'il conserve à son opérateur ; il nous charge de lui transmettre ses vifs remerciements.

Obs. XIII. — *Hémorrhoïdes internes en bourrelet circonférentiel, volumineuses, devenues procidentes, douleurs vives. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent ayant persisté tel depuis dix-huit mois.* — E. G..., 32 ans, gardien de la paix, entre, en décembre 1897, à Beaujon, dans le service de M. Th. Anger.

Père encore vivant, 58 ans ; mère bien portante, deux frères jouissant d'une bonne santé ; trois sœurs dont l'une morte de tuberculose pulmonaire ; les deux autres se portent bien.

Pas d'antécédent morbide personnel.

Vers le début de l'année 1890, E. G..., qui est alors âgé de 25 ans,

remarque quand il va à la selle que ses matières sont teintées de sang. Pas de douleur au moment des garde-robes ni dans leur intervalle, quelques démangeaisons seulement à la région anale. Quand le malade a effectué une marche un peu longue, il éprouve une sensation d'irritation du côté de l'anus. Les selles sont régulières, quotidiennes.

Deux ans plus tard, en 1892, à l'âge de 27 ans, légères pertes de sang au moment des garde-robes; quelques gouttes de sang s'échappent de l'anus, pendant l'acte de la défécation, mais non à toutes les selles. Les hémorrhoïdes deviennent procidentes à l'occasion des évacuations alvines; elles sont réduites sans trop de peine par le malade. Les hémorrhoïdes demeurent réductibles jusqu'au moment même de l'opération.

Bientôt apparaît un nouveau symptôme, la douleur, qui devient très aiguë et qui décide le malade à réclamer l'intervention chirurgicale : pour éviter la souffrance occasionnée par les défécations, le malade en est amené à restreindre volontairement son alimentation.

Cure sanglante à la Whitehead. — E. G... entre à Beaujon dans le service de M. Th. Anger, vers le milieu de décembre 1897; il est opéré le 17 du même mois par M. Lejars.

Résultat opératoire immédiat. — L'opéré sort de l'hôpital à la fin de décembre, la réunion de la plaie opératoire est à peu près complète.

Durant les quinze jours qui suivent sa sortie de l'hôpital, le malade éprouve au niveau de l'anus de légères démangeaisons occasionnées par une sécrétion séro-muqueuse peu importante.

Résultat opératoire 18 mois après l'intervention. — Nous revoyons cet opéré dans le courant d'août 1899. Les douleurs qui avaient engagé le malade à solliciter une intervention ont cessé complètement, il en est de même des démangeaisons post-opératoires passagères et de cette sécrétion séro-muqueuse transitoire dont nous venons de faire la relation. Les selles sont régulières, faciles, le malade n'a eu à aucun moment à se plaindre de phénomènes d'incontinence stercorale.

L'état de l'anus est des plus satisfaisant, plis radiés multiples, ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse parfaite sur toute la circonférence anale et attirée profondément dans le canal de l'anus. Aucune trace d'hémorrhoïde nouvelle décelable à la vue même pendant les efforts non plus qu'au toucher rectal. En pratiquant ce dernier, on constate que le sphincter a conservé toutes ses propriétés de tonicité et de dilatabilité; aucun vestige de rétrécissement; les selles sont de volume normal.

Le malade a pu reprendre son service; il est très content de l'intervention qu'on lui a faite et très élogieux à l'égard de son opérateur qu'il nous prie de remercier en son nom.

Obs. XIV. — *Hémorrhoïdes à double bourrelet externe et interne; hémorrhoïdes internes devenues procidentes à la longue; douleurs vives et pertes de sang abondantes. — Cure sanglante à la Whitehead; résultat immédiat excellent et s'étant maintenu tel dix-huit mois après.* — A. C...,

36 ans, maçon, entre le 10 mars 1898, à Beaujon, salle Gosselin, dans le service de M. Th. Anger.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Les accidents hémorrhoïdaires débutent chez A. C... vers l'âge de 15 à 16 ans et se révèlent par l'apparition de quelques gouttes d'un sang de couleur rouge se montrant sur les selles ; ces effusions sanguines très légères ne se produisent pendant longtemps qu'à de rares intervalles et ne provoquent chez le malade aucune inquiétude. Du reste à ce moment la constipation n'existe pour ainsi dire pas et les douleurs sont nulles. Aucune masse hémorrhoïdaire ne fait saillie extérieurement.

Une dizaine d'années après le début des accidents, le malade ayant alors environ 27 ans, les phénomènes s'accentuent. Les pertes de sang deviennent plus fréquentes et plus copieuses sans être néanmoins abondantes. Les hémorrhoïdes sont toujours cachées, la constipation et les symptômes douloureux continuènt à manquer.

Cinq ans plus tard, à 32 ans, les hémorrhoïdes deviennent procidentes à l'occasion des selles qui sont en même temps douloureuses et s'accompagnent de pertes de sang notables.

D'abord peu fréquentes ces procidences hémorrhoïdaires avec leur cortège douloureux et hémorrhagique se reproduisent à intervalles de plus en plus rapprochés.

Un an et demi avant l'entrée du malade à l'hôpital, à 34 ans et demi, la constipation devient opiniâtre ; les douleurs augmentent d'acuité, elles se montrent à l'occasion des garde-robes et dans l'intervalle de celles-ci ; les pertes de sang augmentent d'abondance et de fréquence ; la procidence se produit à chaque selle. Sous l'influence de la douleur, qui entraîne de l'insomnie, et des pertes de sang, le malade s'affaiblit, perd des forces, pâlit. Quinze jours avant l'intervention, après une période de constipation prolongée, les hémorrhoïdes sortent avec douleurs vives à l'occasion d'une garde-robe et la procidence devient définitive, la réduction est impossible, les souffrances redoublent. A. C... entre alors à Beaujon, le 10 mars 1898.

Cure sanglante à la Whitehead. — Après avoir été soumis au traitement préparatoire d'usage, A. C... est opéré le 23 mars 1898, par M. Lejars.

Résultat opératoire immédiat. — L'opéré quitte l'hôpital Beaujon le 7 avril, c'est-à-dire quinze jours après l'intervention qu'il a subie. Durant les premiers jours qui ont suivi la curè sanglante, le malade a présenté des phénomènes de rétention urinaire qui ont nécessité trois cathétérismes, puis le malade a uriné spontanément. Au moment où le malade sort du service, la région anale présente un état très satisfaisant, la réunion de la muqueuse à la peau est complète.

Résultat opératoire dix-huit mois après l'intervention. — Nous revoyons A. C..., en fin septembre 1899. L'état de l'anus est parfait ; l'aspect de la région anale est tel qu'on ne peut soupçonner qu'elle a été le siège d'une opération. L'anus présente de nombreux plis rayonnés ; la ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse est complète sur tout le pourtour du canal anal ;

elle est profondément attirée dans ce canal. Pas de traces de nouvelles hémorrhoïdes décelables, soit à la vue même pendant les efforts, soit par le toucher. Celui-ci permet de constater que le sphincter possède toute sa tonicité et toute sa dilatabilité. Notre opéré raconte que durant les 15 premiers jours qui suivirent sa sortie de l'hôpital il eut une légère atonie sphinctérienne ; les besoins d'aller à la selle demandaient à être satisfaits à bref délai ; mais depuis lors la tonicité du sphincter est normale.

La constipation, les pertes de sang, les douleurs ont disparu, les forces sont revenues ; l'état général est assez bon. Donc résultat encore parfait dix-huit mois après la cure sanglante.

Obs. XV.— *Hémorrhoïdes internes datant de 10 ans, volumineuses, en bourrelet annulaire. — Hémorrhagie abondante ; anémie prononcée. — Prolapsus répétés, facilement réductibles. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent ayant persisté tel un an après l'intervention.*— C..., 48 ans, mécanicien, entre, le 6 novembre 1898, à Beaujon, dans le service de M. Th. Anger, salle Gosselin.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Le début des accidents hémorrhoïdaires chez ce malade remonte à 10 ans ; il était alors âgé de 38 ans. Habituellement constipé, il éprouva vers cette époque une sensation de gêne, de pesanteur et des démangeaisons du côté de l'anus. Dès le début, il eut de temps à autre, tous les trois ou quatre mois, de légères pertes de sang qui survenaient à l'occasion des garde-robes. Celles-ci provoquaient en même temps la procidence des hémorrhoïdes sans douleurs ; la réduction des bourrelets se produisait spontanément, la défécation terminée.

Cinq ans environ après l'apparition des premiers accidents, les hémorrhoïdes devinrent procidentes non seulement au moment des selles, mais encore sous l'influence de la station verticale prolongée. Ces prolapsus sont toujours restés à peu près complètement indolents.

A partir de juillet 1898, dix ans environ après les phénomènes de début, les hémorrhagies provoquées par les garde-robes deviennent abondantes ; le malade les évalue à un bon verre de sang. Elles se répètent à chaque selle ; aussi le malade s'affaiblit-il rapidement, il a des éblouissements fréquents, devient pâle, jaunâtre. Il est obligé d'abandonner son travail.

En dehors des procidences passagères déterminées par les défécations et la station debout prolongée, les hémorrhoïdes demeurent chez ce malade constamment cachées jusqu'au moment même de l'opération inclusivement.

Cure sanglante à la Whitehead. — C... vient réclamer l'intervention chirurgicale à Beaujon ; il est opéré le 9 novembre 1898 par M. Lejars qui extirpe un bourrelet hémorrhoïdaire interne volumineux.

Résultat immédiat. — L'opéré sort le 24 novembre ; la cicatrisation cutanéo-muqueuse est à peu près complète sur tout le pourtour de l'anus. Trois semaines après avoir quitté l'hôpital, la guérison est définitivement

achevée et le malade recommence à travailler. Il n'a pas eu de phénomènes de dysurie après l'intervention qu'il a subie.

Résultat éloigné. — Nous revoyons cet opéré le 15 novembre, c'est-à-dire un an après la cure sanglante. Il n'a jamais eu d'incontinence des matières fécales, les selles chez lui sont faciles, régulières, quotidiennes ou bi-quotidiennes ; elles ont un volume normal. C... n'éprouve aucune douleur à l'anus, il ne ressent aucune démangeaison de ce côté.

A l'examen de l'anus, nous ne trouvons aucune trace de nouvelle production hémorrhoïdaire ; la ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse est complète, absolument circonférentielle ; elle est profondément attirée dans le canal anal ; les plis rayonnés sont nombreux ; l'anus paraît absolument normal à la vue. Le doigt introduit dans le rectum constate que le sphincter possède toute sa tonicité et toute sa contractilité.

La santé générale est très bonne, l'opéré a retrouvé toutes ses forces antérieures.

Au total : anus en parfait état ; résultat excellent un an après la cure sanglante.

Obs. XVI. — *Hémorrhoïdes totales en bourrelets interne et externe, volumineuses. — Pertes de sang très abondantes. — Anémie profonde. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent et demeuré tel huit mois après.* — L. B..., femme, 34 ans, entre, le 3 décembre 1898, à Beaujon, salle Huguier, dans le service de M. Th. Anger.

Père décédé, a eu des hémorrhoïdes.

Mère morte à 56 ans d'une tumeur abdominale vraisemblablement utérine, avait des hémorrhoïdes et des varices des membres inférieurs. Deux frères bien portants.

Dans son jeune âge notre malade a eu la coqueluche et, nous dit-elle, une fièvre de croissance. Elle est réglée à partir de 15 ans, mais d'une façon assez irrégulière jusqu'à l'âge de 19 ans et 1/2, époque à laquelle elle se marie. Depuis son mariage elle a toujours été bien réglée.

La constipation est habituelle depuis fort longtemps chez B..., elle ne va à la selle que tous les deux ou trois jours.

A 18 ans, la malade éprouve de la douleur du côté de la région anale et la tumeur hémorrhoïdaire fait son apparition.

De 20 à 27 ans trois grossesses menées à terme et donnant naissance à trois enfants bien constitués, vigoureux. Sous l'influence des deux premières grossesses, augmentation de volume de la tumeur hémorrhoïdaire et des douleurs ; les douleurs deviennent particulièrement violentes lors de la 1re grossesse. Pendant la troisième grossesse les hémorrhoïdes augmentent de volume ; les douleurs ne sont pas considérables, mais les pertes de sang commencent à se produire. A partir de l'année 1894, c'est-à-dire de l'âge de trente ans, les pertes de sang augmentent d'abondance et de fréquence, la malade a de fausses envies d'aller à la garde-robe qui provoquent un écoulement d'un demi-verre de sang environ et cela jusqu'à trois fois par jour.

La constipation persiste, les phénomènes douloureux sont peu intenses et consistent simplement en quelques démangeaisons ressenties à l'anus. La tumeur hémorrhoïdaire atteint le volume d'un petit œuf.

Les hémorrhagies se multipliant, l'anémie se déclare ; la malade devient très faible, incapable de tout effort même peu violent. Elle a des palpitations, de l'oppression, des bourdonnements d'oreilles, de temps à autre des lipothymies.

B... entre à Beaujon le 3 décembre, salle Huguier, dans un état anémique tel qu'on redoute une syncope au moment de l'anesthésie opératoire.

Cure sanglante à la Whitehead. — La malade est opérée le 5 décembre 1898, par M. Lejars.

Résultat opératoire immédiat. — La malade quitte le service le 23 décembre, la peau du périnée et la muqueuse anale présentant une réunion immédiate complète. A noter seulement pendant les suites de l'opération une dysurie passagère qui nécessite le cathétérisme à deux reprises différentes.

Résultat opératoire huit mois plus tard. — Nous revoyons cette opérée dans le courant d'août 1899 ; l'aspect de la région anale est tel qu'à moins d'être prévenu, on ne pourrait supposer qu'une intervention y a été pratiquée. L'anus a de nombreux plis radiés ; la ligne de cicatrisation cutanéo-muqueuse complètement circulaire et parfaite est attirée profondément dans le canal anal. Pas de trace de nouvelle dilatation variqueuse. — Le sphincter a conservé toute sa tonicité et toute sa perméabilité ; on s'en assure par le toucher rectal. L'opérée n'a jamais eu d'incontinence de ses matières fécales, elle va régulièrement à la garde-robe chaque jour, ses selles sont de volume normal. Durant deux mois environ après l'opération, la malade a éprouvé à la suite des défécations de légères douleurs qui se prolongeaient pendant un quart d'heure en moyenne, mais depuis lors les garde-robes n'entraînent aucun malaise.

L'opération a supprimé radicalement les pertes de sang, l'état anémique a disparu, le poids de la malade s'est accru de cinq kilogrammes. La santé générale est assez bonne, le résultat est donc des plus satisfaisant et B... est enchantée de l'intervention qu'elle a subie.

Obs. XVII. — *Hémorrhoïdes datant de 24 ans, formant un bourrelet circulaire, volumineuses, à procidences répétées, devenues irréductibles à la longue, douleurs vives. — Pertes de sang abondantes. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent et s'étant maintenu tel huit mois après.* — C. B..., 38 ans, employé des postes, service des bureaux ambulants, entre, le 26 novembre 1898, à Lariboisière dans le service de M. Peyrot, salle Nélaton n° 36.

C. B... appartient à une famille où les varices rectales ou autres sont fréquentes. Son père, qui est mort à 67 ans à la suite d'un refroidissement, vraisemblablement d'une congestion pulmonaire, était hémorrhoïdaire, il avait en outre des varices des membres inférieurs.

Sa mère, âgée de 73 ans actuellement, a des varices des membres inférieurs.

Un frère du malade, ayant succombé à 51 ans par suite d'un traumatisme grave (accident de tramway), avait des hémorrhoïdes douloureuses et saignantes. Deux oncles maternels sont affectés d'hémorrhoïdes.

C. B... est atteint d'une pointe de hernie inguinale gauche ; il porte un bandage depuis 1895 ; c'est un variqueux ; nous constatons chez lui un varicocèle et des varices des membres inférieurs surtout développées du côté gauche.

Avant l'apparition chez lui des hémorrhoïdes, C. B... n'a eu aucune affection de quelque importance. Les accidents hémorrhoïdaires se sont manifestés dès l'âge de 12 ans ; les premiers symptômes en date ont été une sensation d'ardeur à l'anus, une constipation habituelle ; le malade était quelquefois trois jours sans aller à la selle. Les hémorrhoïdes, cachées d'ordinaire, devenaient procidentes de temps à autre et, lorsqu'elles étaient sorties, elles formaient dès cette époque 2 à 3 petites masses de la grosseur chacune d'un petit pois.

De 20 à 25 ans, c'est à-dire entre 1880 et 1885, C. B... accomplit son service militaire dans la cavalerie. Pendant qu'il est sous les drapeaux, C. B... est atteint tous les mois environ d'une crise douloureuse occasionnée par la procidence des hémorrhoïdes, procidence s'accompagnant de souffrances vives et de pertes de sang. Au moment de ces crises la marche et la station assise sont pénibles, C. B... ne peut monter à cheval, il est exempté momentanément de service par le médecin militaire. Ces crises mensuelles durent en moyenne trois jours.

Depuis sa sortie du régiment jusqu'à 38 ans, C. B... continue à souffrir d'une façon à peu près permanente de ses hémorrhoïdes avec crises paroxystiques passagères pendant lesquelles s'aggrave, à l'occasion des procidences, le cortège symptomatique habituel des varices rectales : douleurs, constipation, hémorrhagies. Vers l'âge de 30 ans, les pertes de sang, jusqu'alors modérées, deviennent plus abondantes, elles se produisent à chaque garderobe, elles se montrent même dans l'intervalle des selles à la suite de la station debout prolongée à laquelle le malade se trouve fréquemment obligé de par ses occupations ; il est employé dans les bureaux ambulants des Postes et Télégraphes. Ces écoulements sanguins sont fréquemment assez copieux pour souiller jusqu'aux chaussettes du malade.

En même temps que les pertes de sang s'accentuent, la constipation augmente, elle est continuelle et les phénomènes douloureux revêtent une acuité de plus en plus vive ; mais les hémorrhoïdes demeurent toujours réductibles tout en augmentant de volume.

Sous l'influence des douleurs et de l'insomnie qu'elle entraîne, sous l'influence des hémorrhagies, ce malade s'anémie, perd ses forces.

Au début de novembre 1898, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, C. B..., à la suite d'une crise diarrhéique intense, nous dit-il, voit ses hémorrhoïdes sortir avec violentes douleurs, et toutes ses tentatives dans le but

d'obtenir leur réduction demeurent vaines. Les souffrances sont alors atroces, notre malade ne peut ni marcher, ni s'asseoir, il se met au lit où il essaie de toutes les positions pour calmer ses douleurs, il ne peut trouver de repos ; la plupart de ses nuits sont passées à l'état de veille, les pertes de sang sont pendant cette crise abondantes ; la tumeur hémorrhoïdaire est volumineuse, grosse comme les deux pouces, au dire du malade, résiste à tous les efforts de réduction.

C. B. . vient alors réclamer l'intervention chirurgicale dans le service de M. Peyrot à Lariboisière où il entre le 26 novembre 1898.

Cure sanglante à la Whitehead. — Notre malade est opéré le 3 décembre par M. Guinard.

Résultat opératoire immédiat. — Les suites opératoires sont des plus simples malgré un incident survenu les 3e et 4e jours qui suivent l'intervention.

Le malade a en effet à ce moment malgré la médication astringente instituée deux à trois selles ; on lave soigneusement l'anus ; le pansement est renouvelé chaque fois qu'il est souillé et la cicatrisation de la plaie opératoire ne se trouve nullement entravée C. B... quitte l'hôpital 32 jours après avoir subi la cure sanglante, c'est-à-dire le 25 décembre 1898 ; la ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse est alors complète sur tout le pourtour de l'anus.

Résultat opératoire huit mois après. — Nous revoyons C. B... fin août 1899, il nous raconte que durant le premier mois qui suivit sa sortie de l'hôpital, il éprouva quelques démangeaisons à la région anale, mais passé ce délai tout prurit a disparu de ce côté et le malade n'a plus ressenti depuis aucune douleur. La constipation n'existe plus, les selles sont régulières, quotidiennes ou bi-quotidiennes ; les pertes de sang ne se sont point reproduites. C. B... a eu un léger degré d'atonie sphinctérienne pendant les cinq à six premières semaines qui suivirent son opération, il devait se présenter à la selle sans trop différer quand les envies d'aller à la garde-robe se faisaient sentir. Depuis cette époque, son sphincter a retrouvé toute sa tonicité comme nous nous en assurons du reste par le toucher rectal. Celui-ci nous montre en outre que le sphincter a conservé toute sa dilatabilité ; les selles sont d'ailleurs de volume normal. La région anale est en parfait état ; on ne pourrait soupçonner à son inspection qu'elle a été l'objet d'une intervention sanglante ; l'anus possède de nombreux plis rayonnés, la ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse est profondément attirée dans le canal anal ; la cicatrisation est complète sur toute la circonférence de l'anus. Pas de traces de nouvelles hémorrhoïdes décelables ni à la vue même pendant les efforts ni au toucher.

Le malade a retrouvé entièrement ses forces, il a augmenté de poids ; il est en très bonne santé et se félicite d'avoir réclamé l'intervention qu'on lui a faite.

Obs. XVIII. — *Hémorrhoïdes internes volumineuses très anciennes, devenues procidentes et irréductibles, douleurs violentes. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent ayant persisté tel depuis 6 mois.* — J. R.., 62 ans, concierge, entre le 17 février 1899 à Lariboisière dans le service de M. Peyrot, salle Nélaton, lit n° 40.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel. La constipation est habituelle chez J. R... depuis l'enfance. Vers l'âge de 20 ans, il éprouve des démangeaisons à la région anale, ses hémorrhoïdes sont alors internes et demeurent constamment cachées. A 28 ans, les hémorrhoïdes deviennent procidentes à l'occasion des selles ; elles sont de la grosseur du pouce à cette époque, nous dit le malade ; la réduction s'opère spontanément au début des procidences; ce n'est que plus tard que J. R... emploie, pour réduire ses hémorrhoïdes, des bains de siège et des ablutions à l'eau froide.

La station assise n'est pas pénible ; mais la station debout et la marche sont une source de gêne. La constipation se perpétue. Les hémorrhoïdes ne donnent lieu à aucun écoulement sanguin.

Le malade vit avec son infirmité sans accidents sérieux jusqu'en février 1899. Le 17 février de cette année, J. R..., à la suite d'un repas copieux, voit ses hémorrhoïdes sortir et cette procidence s'accompagne de violentes douleurs. Le malade essaie, mais en vain, de réduire ses hémorrhoïdes ; les douleurs deviennent intenses, elles entraînent de l'insomnie ; le décubitus latéral seul devient possible. Les hémorrhoïdes forment alors une masse volumineuse de la grosseur du poing au dire du malade.

J. R... vient alors réclamer l'intervention chirurgicale, il entre à Lariboisière, salle Nélaton, le 18 février 1899.

Cure sanglante à la Whitehead. — Il est opéré, le 20 février, par M. Souligoux. Nous relevons sur le cahier d'observations du service la note opératoire suivante :

Extirpation d'hémorrhoïdes sphacelées par la méthode de Whitehead. Extirpation du paquet hémorrhoïdaire aux ciseaux ; suture de la peau et de la muqueuse au catgut. Pansement à la gaze stérilisée.

Suites opératoires. — Des plus simples ; réunion immédiate des lèvres de la plaie opératoire ; aucun phénomène de dysurie pendant le séjour à l'hôpital du malade qui quitte le service de M. Peyrot le 3 mars 1899.

Résultat opératoire sept mois après l'intervention. — Nous revoyons J. R... dans le courant de septembre 1899. Durant 15 jours à 3 semaines après sa sortie de l'hôpital, J. R... a eu à se plaindre d'une légère atonie du sphincter, mais passé ce délai la tonicité de ce muscle est devenue parfaite.

Les douleurs et la constipation ont complètement disparu.

L'anus présente de nombreux plis rayonnés, la ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse est cachée dans la profondeur du canal anal. Pas de trace de nouvelles productions hémorrhoïdaires. Le toucher rectal démontre la tonicité et la dilatabilité parfaite du sphincter. Bon état général et excellent état local en définitive.

Obs. XIX. — *Hémorrhoïdes internes en bourrelet circonférentiel datant de 15 ans devenues procidentes et irréductibles. — Douleurs. — Pertes de sang. — Cure sanglante à la Whitehead — Résultat immédiat excellent et s'étant maintenu tel deux ans et demi après.* — J..., 39 ans, sculpteur, entre à la fin d'avril 1897 à la Charité dans le service de M. Tillaux.

Antécédents héréditaires : Père, 70 ans, a eu des hémorrhoïdes ; mère morte à 39 ans des suites d'une couche. Un frère a des hémorrhoïdes.

Aucun antécédent morbide personnel.

Les accidents hémorrhoïdaires débutent chez J... vers l'âge de 20 ans,par l'apparition de quelques gouttes de sang sur les selles. Les garde-robes sont un peu pénibles et assez espacées ; la constipation est habituelle depuis fort longtemps.

A 30 ans, en 1890, J... fait une course prolongée à bicyclette et voit à la suite ses hémorrhoïdes devenir procidentes à l'occasion d'une garde-robe. Cette crise de turgescence,pendant laquelle les hémorrhoïdes sont irréductibles avec douleurs vives et pertes de sang notables, dure environ huit jours.

A partir de cette époque les hémorrhoïdes demeurent définitivement procidentes ; les crises de turgescence se répètent à plusieurs reprises entraînant chaque fois une aggravation des phénomènes douloureux et hémorrhagiques.

Bientôt la station assise devient pénible. J... se décide alors à réclamer l'intervention chirurgicale.

Cure sanglante à la Whitehead, le 27 avril 1897, par M. Souligoux. L'opéré quitte l'hôpital 13 jours après, il est guéri.

Aucun incident pendant les suites opératoires, ni dysurie, ni incontinence rectale. Cinq semaines après sa sortie de la Charité, J..., qui avait dû abandonner depuis longtemps l'usage de la bicyclette, fait sur sa machine une course de 2000 kilomètres (Paris-Belgrade en 11 jours).

Résultat opératoire deux ans et demi passés après la cure sanglante. — Nous voyons ce malade en fin de novembre 1899. La constipation a complètement disparu depuis l'opération, les selles sont régulières, quotidiennes ; elles s'accomplissent sans douleur aucune.

Les garde-robes sont de volume normal. Le toucher rectal, démontre du reste que le sphincter a conservé toute sa perméabilité et sa tonicité. On ne trouve pas non plus de trace de nouvelle production hémorrhoïdaire.

L'état de l'anus est parfait ; l'orifice anal présente de nombreux plis radiés ; la ligne cicatricielle muco-cutanée est complète sur toute la circonférence du conduit où elle est profondément cachée. J... est très satisfait de l'opération qu'il a subie. Donc résultat excellent immédiatement et deux ans et demi passés plus tard.

Obs XX.— L. B..., 47 ans, journalier, porteur d'*hémorrhoïdes volumineuses à double bourrelet interne et externe*, est opéré à Beaujon, le 26 octobre 1897, par M. Lejars qui pratique la *cure sanglante à la Whitehead.*

Ce malade, qui habite maintenant l'Aveyron (Cransac), n'a pu venir se faire examiner par nous. Il a répondu à la lettre que nous lui avons adressée dans le courant d'août de cette année, et voici ce qu'il nous écrit à propos de l'opération, qu'il a subie il y a *près de deux ans.* « Depuis mon opération, je n'ai plus rien ressenti, mes selles sont très régulières, la digestion est beaucoup meilleure, même je souffrais d'une maladie d'estomac depuis de longues années et depuis mon opération tout cela a disparu, en un mot ma santé générale est bien revenue depuis l'opération des hémorrhoïdes. »

Obs. XXI.— C..., 45 ans, ménagère, est opérée par M. Lejars à Beaujon le 20 novembre 1896, suivant la *méthode de Whitehead* pour des *hémorrhoïdes volumineuses totales en double couronne.*

Voici les renseignements qu'elle nous donne par lettre, le 14 août 1899, sur le résultat de l'intervention qu'elle a subie en 1896 : « Depuis mon opération, mes hémorrhoïdes ne se sont pas reproduites, je ne souffre aucunement au niveau de l'anus, je ne ressens aucune douleur de ce côté. Dès que j'ai eu repris mes forces, je n'ai eu aucune difficulté à retenir mes matières, je vais très bien à la selle sans ressentir aucune douleur. Depuis mon opération je n'ai ressenti aucun malaise jusqu'à ce jour, je me porte très bien, aussi bien qu'avant d'avoir 20 ans, alors que je n'avais jamais été malade. »

Obs. XXII. — M.., 48 ans, mécanicien, porteur d'*hémorrhoïdes volumineuses totales, en double bourrelet circonférentiel*, est opéré par M. Lejars le 26 octobre 1895 à Beaujon suivant *la méthode de Whitehead.* — Ce malade sort guéri le 14 novembre 1895.

Nous avons écrit à cet opéré pour le prier de venir se soumettre à notre examen ; nous avons alors appris qu'il avait succombé le 30 avril 1898, à la suite d'une hémoptysie foudroyante. Sa veuve, qui a répondu à notre lettre, nous dit que son mari a été enlevé en quelques minutes par cette hémoptysie. Elle nous fournit en outre les renseignements suivants sur les suites de l'opération subie par son mari à Beaujon. « Mon mari ne se sentait plus de rien après son opération, il était très heureux de n'être plus constipé et de n'avoir plus de pertes de sang. »

Nous pouvons donc conclure que le *résultat* de la cure sanglante chez ce malade était *excellent, deux ans et demi après l'intervention.*

Obs. XXIII. — A. J..., 62 ans, entre à Lariboisière, le 15 juin 1897, dans le service de M. Peyrot, salle Nélaton.

Résection d'hémorrhoïdes à la Whitehead, le 18 juin 1897, par M. Guinard. Résection de tout le pourtour anal avec 2 centimètres environ de muqueuse et des bourrelets cutanés.

La suture de la muqueuse à la peau est pratiquée en surjet au catgut. Tamponnement rectal à la gaze iodoformée. L'opéré sort guéri le 4 juillet 1897.

Ce malade n'a pu venir se faire examiner par nous, il a quitté Paris depuis 18 mois, mais il a répondu à la lettre que nous lui avons écrite et nous a fourni sur son état les renseignements suivants : les hémorrhoïdes ne se sont pas reproduites chez lui, il ne souffre pas au niveau de l'anus et ne ressent aucune douleur de côté. Durant 6 mois après son opération, J... a eu de l'atonie sphinctérienne, il a eu pendant ce laps de temps de la difficulté à retenir ses matières ; ces accidents ont disparu depuis lors. J... nous écrit qu'il va maintenant à la selle sans difficultés et n'éprouve aucune gêne à satisfaire ses besoins « comme s'il n'avait jamais rien eu ».

Il se porte très bien, nous affirme-t-il, depuis son opération qui remonte à *plus de deux ans*.

Obs. XXIV.— ***Hémorrhoïdes internes volumineuses en bourrelet circonférentiel. — Douleurs vives. — Hémorrhagies. — Dilatation anale en 1893. Cure sanglante à la Whitehead en 1894.*** — D..., 30 ans, mécanicien, entre à la Pitié le 24 mai 1895, dans le service de M. Reclus, salle Michon.

Antécédents héréditaires : père hémorrhoïdaire est mort de tuberculose pulmonaire.

Comme antécédents personnels on relève seulement chez ce malade des amygdalites à répétition entre 15 et 18 ans.

Les accidents hémorrhoïdaires ont débuté à 21 ans. Le 13 juillet 1892, M. Lejars traite D..., à l'Hôtel-Dieu, en faisant la dilatation de l'anus à l'aide du spéculum de Trélat. Les douleurs se calment mais bientôt le paquet hémorrhoïdal redevient procident et doit être réduit après chaque garde-robe comme cela avait lieu avant l'intervention. Cette dernière fait disparaître durant 7 mois les pertes de sang dont se plaignait le malade, ainsi que la sensation de pesanteur à l'anus qu'il éprouvait antérieurement.

A partir du mois de février 1894, les selles redeviennent douloureuses, la sensation de pesanteur à la région anale et les hémorrhagies apparaissent de nouveau. Sous l'influence de la marche, les bourrelets hémorrhoïdaires deviennent procidents et occasionnent alors des souffrances fort vives ainsi que des pertes de sang.

A l'examen du malade, au moment de son entrée à l'hôpital, on constate, au niveau de la région anale, la présence d'un paquet hémorrhoïdal volumineux multilobé qui devient procident quand le malade fait un effort. Le toucher rectal recueille la sensation d'une couronne hémorrhoïdaire divisée en deux segments par une dépression médiane.

Cure sanglante à la Whitehead, le 31 mai 1894, par M. Lejars. — Antisepsie du rectum par une large irrigation ; dilatation anale faisant apparaître les bourrelets internes que l'on maintient au dehors à l'aide de pinces à traction. Incision circulaire séparant la muqueuse de la peau périnale. La muqueuse est décollée sur une hauteur de 4 à 5 centimètres ; sur

la face externe du manchon muqueux se voient des bourrelets hémorrhoïdaires remarquables par leur couleur bleu foncé. Le sphincter externe est disséqué sur tout son pourtour. Le cylindre muqueux isolé est divisé en deux lambeaux par une double section antérieure et postérieure. Points commissuraux antérieurs et postérieurs suturant la muqueuse à la peau.

Dans le but de rendre aussi minime que possible l'écoulement sanguin on sectionne les deux lambeaux progressivement, à différentes reprises en suivant la direction d'une même ligne circulaire. On lie les vaisseaux qui donnent du sang et on suture à la soie au fur et à mesure la peau et la muqueuse intacte détachée par les sections partielles. Pour cette suture on se sert d'aiguilles courbées de Hagedorn portées par la pince porte-aiguilles de Colin.

Dans cette suture, comme pour les points commissuraux on a soin de ne pas comprendre le sphincter externe qui reste libre. La peau et les bords de la muqueuse se trouvent régulièrement affrontés par la suture. Introduction d'une mèche de gaze iodoformée dans l'anus et application d'un spica dont les bandes se croisent sur la région anale.

Suites opératoires. — Des plus simples, aucun incident ; la constipation est obtenue par l'administration de 0,10 centigr. en moyenne d'opium chaque jour.

Résultat immédiat. – Très bon, le malade quitte l'hôpital, guéri le 19 juin 1894.

Obs. XXV. — *Hémorrhoïdes internes en couronne. — Douleurs violentes. — Pertes de sang. — Cure sanglante à la Whitehead. — Très bon résultat immédiat.* — O. R..., 49 ans, journalier, entre à la Pitié dans le service de M. Reclus, salle Michon, le 22 septembre 1894.

On ne relève aucune affection morbide ni chez ses ascendants, ni chez ses collatéraux.

Antécédents personnels : En 1870, R... a eu les pieds gelés, il a été soigné pendant 18 mois pour cette gelure. Depuis cette époque, le malade a les orteils fortement déviés en dehors, il marche très difficilement et souffre fréquemment.

Blennorrhagie à 21 ans, bien soignée, plus de traces.

Il y a trois ans, le malade sentit au niveau de l'anus, à l'occasion de chaque garde-robe, une gêne causée par la présence d'une petite tumeur. Les selles étaient parfois douloureuses mais elles restaient régulières.

La marche déjà pénible en raison de la déviation des orteils devint très difficile ; le malade était fort souvent obligé de marcher les jambes maintenues écartées. La station assise était également une source de gêne, la chemise devenant adhérente à l'anus du fait d'une sécrétion muco-sanguinolente. Ces accidents persistèrent deux ans environ.

Il y a un an, les pertes de sang devinrent abondantes surtout à l'occasion des garde-robes. En même temps les douleurs augmentèrent d'intensité. Le malade n'allait plus à la selle qu'avec de vives souffrances, mais néanmoins toujours d'une façon régulière.

Les douleurs et les pertes de sang s'accentuant, le malade se décide à réclamer l'intervention chirurgicale.

Cure sanglante à la Whitehead, le 8 octobre 1894, par M. Lejars.

Quand on pratique l'isolement du manchon muqueux on voit très nettement le sphincter externe qui est disséqué avec une grande aisance. Deux points commissuraux l'un antérieur, l'autre postérieur, sont tout d'abord placés, puis on fait la section progressive des deux lambeaux qui sont suturés à la peau au fur et à mesure.

L'opéré sort guéri au milieu de novembre 1894.

Obs. XXVI. — ***Hémorrhoïdes à double bourrelet externe et interne. — Douleurs vives. — Pertes de sang. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent.*** — D..., tisanier à la Pitié, entre dans le service de M. Reclus, salle Michon, lit n° 40, le 20 octobre 1894.

Le début des accidents hémorrhoïdaires chez D..., remonte à une dizaine d'années ; depuis un certain temps les hémorrhoïdes ont augmenté sensiblement de volume ; elles saignent souvent et lui occasionnent de vives douleurs.

L'examen de l'anus fait constater l'existence de petites hémorrhoïdes externes disposées circulairement autour de l'orifice anal. Le doigt introduit dans le rectum sent des hémorrhoïdes internes plus volumineuses.

Le malade tousse depuis un certain temps et l'auscultation révèle une induration du sommet des deux poumons.

Cure sanglante à la Whitehead (M. Lejars). — La dilatation du sphincter fait sortir une masse hémorrhoïdaire interne en couronne, beaucoup plus volumineuse qu'on aurait pu le supposer d'après les renseignements fournis par le toucher rectal.

Sur le pourtour de l'anus au niveau du limbe muco-cutané on fait une incision circulaire, puis la muqueuse est libérée sur une assez grande étendue en prenant soin de respecter les sphincters.

Sur le manchon muqueux décollé on pratique deux incisions l'une en avant, l'autre en arrière, l'extrémité supérieure de ces deux incisions est immédiatement fixée à la peau péri-anale correspondante par un point de suture. On passe alors à la suture cutanéo-muqueuse de la valve droite puis de la valve gauche en sectionnant progressivement le manchon muqueux et le suturant à la peau au fur et à mesure. La quantité de sang perdue par l'opéré est très minime.

Résultat immédiat. — Excellent ; le malade quitte la salle Michon dans la seconde moitié de novembre et reprend son service à la tisanerie de la Pitié.

Obs. XXVII. — ***Hémorrhoïdes en couronne douloureuses et saignantes. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent.*** — F. M..., 28 ans, cordonnier, entre le 5 mars 1897, à Beaujon dans le service de M. Th. Anger; salle Robert, lit n° 32.

Antécédents héréditaires : Père atteint d'hémorrhoïdes.

Antécédents personnels nuls ou à peu près nuls. Les seuls troubles que le malade signale sont des maux de tête assez fréquents,

Les hémorrhoïdes ont apparu chez M... il y a 10 ans environ, occasionnant par intermittence des hémorrhagies et des douleurs au moment de la défécation.

Le malade ayant commis quelques excès le jour du mardi gras 1897, les douleurs occasionnées par les hémorrhoïdes ont pris à la suite une intensité inaccoutumée, et M... s'est alors décidé à entrer à l'hôpital.

En examinant l'anus on trouve tout autour de l'orifice anal un gros bourrelet hémorrhoïdaire absolument circulaire. La muqueuse et la peau du voisinage sont lisses, tendues, comme translucides. Par l'anus coule une sérosité jaunâtre, l'orifice anal est invisible, complètement caché par la couronne hémorrhoïdaire.

Cure sanglante à la Whitehead, le 12 mars, par M. Lejars. En faisant le pansement on introduit une mèche intra-rectale.

Le 15 mars, coliques violentes, le malade ne peut rendre de gaz. La mèche est enlevée ; les coliques disparaissent.

Aucun autre incident à la suite de l'opération. M... sort guéri le 26 mars 1897.

Obs. XXVIII. — *Hémorrhoïdes internes, douloureuses, saignantes, devenues procidentes et irréductibles. — Cure sanglante à la Whitehead. — Résultat immédiat excellent.* — E. S..., 40 ans, artiste peintre, entre le 3 décembre, à Beaujon, dans le service de M. Th. Anger, salle Robert, lit n° 22.

Antécédents héréditaires : Grand'mère maternelle a succombé hydropique. Mère morte à 54 ans, asthmatique, avec œdème léger des jambes.

Père, 75 ans, très bien portant jusqu'à 74 ans ; depuis un an est atteint de bronchite, a eu dans sa jeunesse des migraines. Calvitie précoce.

Un frère eczémateux, soigné à St-Louis, a des varices des membres inférieurs ; pas d'autres collatéraux.

Antécédents personnels : De constitution faible, S..., qui n'a pas été reconnu apte au service militaire, est de petite taille. Il mène une vie très sédentaire en raison de sa profession : il est peintre-miniaturiste. Les positions debout ou assise longtemps gardées occasionnent chez lui de la courbature. Son alimentation est très riche ; S... perd ses cheveux depuis 5 ou 6 ans.

Pas de maladie antérieure sauf une blennorrhagie qui n'a pas laissé de traces. Rhumes fréquents. Ganglions inguinaux. On ne trouve chez lui aucun obstacle à la circulation générale ou locale, à part une constipation assez opiniâtre. Il accuse de légères varices aux jambes, invisibles pour l'instant.

Début des accidents hémorrhoïdaires : Il y a un an, S.... s'aperçut qu'après chaque selle une petite tumeur faisait saillie hors de l'anus. Il rentrait alors cette tumeur sans grande difficulté.

Les selles depuis un an également sont légèrement douloureuses, cui-

santes, assez pour que le malade espace volontairement ses selles plus que de raison (plusieurs jours), elles s'accompagnent presque toutes d'une perte de sang assez abondante.

Cure sanglante à la Whitehead. — Le malade est opéré par M. Lejars le 9 décembre. Résection d'un manchon muqueux de 3 centimètres environ, les hémorrhoïdes ne paraissant pas remonter plus haut.

S .. sort guéri le 28 décembre.

Obs. XXIX (*due à l'obligeance de* M. Lejars). — A. G.., 40 ans, maçon, *hémorrhoïdes externes en double couronne*, subit à Beaujon la *cure sanglante à la Whitehead*, pratiquée par M. Lejars le 8 novembre 1895. Sort de l'hôpital guéri, le 20 novembre.

Obs. XXX (*due à l'obligeance de* M. Lejars). — F. M..., 18 ans, jockey, est traité par la *cure sanglante* à Beaujon le 30 octobre 1895, pour des *hémorrhoïdes volumineuses totales, à double bourrelet interne et externe* (opération faite par M. Lejars).

Ce malade quitte l'hôpital guéri le 4 novembre 1895.

Obs. XXXI (*due à l'obligeance de* M. Lejars). — P..., 30 ans, sans profession, entre à la maison Dubois, dans le service de M. Lejars, pour des *hémorrhoïdes en couronne* peu volumineuses, mais se gonflant notablement à certains moments.

Hémorrhagies très abondantes depuis plusieurs années ayant entraîné une pâleur marquée et un état d'anémie assez prononcée.

Cure sanglante à la Whitehead. — Le 5 janvier 1899. Aucun incident à signaler au cours de l'opération. Suintement sanguin assez abondant dans la profondeur, mais qui s'arrête sous la suture. Réunion au catgut fin.

P... sort guéri le 25 janvier.

Obs. XXXII (*due à l'obligeance de* M. Lejars). — S.., 48 ans, représentant de commerce. — *Double couronne hémorrhoïdaire.* — *Cure sanglante à la Whitehead,* le 31 janvier 1899, par M. Lejars.

Réunion au catgut.

Sorti guéri le 18 février 1899.

Obs. XXXIII (*due à l'obligeance de* M. Lejars).— R..., homme, 43 ans, — *Hémorrhoïdes internes* peu volumineuses. — *Cure sanglante à la Whitehead* le 7 juillet 1899. Sort guéri le 29 juillet.

Obs. XXXIV (*due à l'obligeance de* M. Lejars).— R..., 43 ans, exportateur. *Hémorrhoïdes internes et externes en couronnes complètes.* Cure sanglante le 15 juillet 1899. Sort guéri au commencement d'août.

Obs. XXXV (*due à l'obligeance de* M. Lejars).— J..., femme, 33 ans ; *hémorrhoïdes internes et externes en couronnes circonférentielles,* surtout déve-

loppées en arrière. *Cure sanglante à la Whitehead* le 24 juillet 1899. J... sort guérie le 25 août.

Obs. XXVI (*due à l'obligeance de* M. Souligoux). — P..., 41 ans, typographe, entre à Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, salle Nélaton, pour des *hémorrhoïdes internes très saignantes*. Le malade est pâle, presque exsangue, il perd une quantité considérable de sang à chaque garde-robes.

Whitehead par M. Souligoux le 5 janvier 1899. Ce qui caractérise anatomiquement ces hémorrhoïdes, c'est l'artérialisation très développée de la muqueuse anale. Un grand nombre de points de suture sont nécessaires. Les sutures sont faites à la soie.

Obs. XXXVII (*due à l'obligeance de* M. Souligoux). — B..., femme, 39 ans, entre à Lariboisière dans le service de M. Peyrot, salle Denonvilliers.

Ablation d'hémorrhoïdes, *procédé de Whitehead* par M. Souligoux, le 22 juin 1899. L'opération se fait sans incidents, on résèque la muqueuse avec les hémorrhoïdes y adhérentes sur une hauteur de 4 centimètres, puis on suture à la peau.

L'opérée sort guérie au commencement de juillet.

Obs. XXXVIII. — G..., 24 ans, tailleur, entre le 24 août 1897 à Lariboisière dans le service de M. Peyrot, salle Nélaton. *Whitehead* pour *hémorrhoïdes volumineuses* par M. Guinard, le 3 septembre 1897. Suture au catgut à points séparés, aucun incident opératoire ou post-opératoire.

G... sort guéri le 11 septembre 1897.

Obs. XXXIX. — *Hémorrhoïdes internes datant de 16 ans, volumineuses, en bourrelet circonférentiel. — Procidences répétées toujours réductibles. — Pertes de sang abondantes* ; *anémie. — Cure sanglante à la Whitehead, résultat immédiat excellent.* — C. V..., 41 ans, ménagère, entre le 3 novembre 1899, à Lariboisière, dans le service de M. Tuffier, salle Elisa Roy.

Antécédents héréditaires nuls. Réglée à partir de 17 ans et depuis cette époque d'une façon assez régulière.

Deux grossesses terminées par des accouchements normaux ; l'une à 19 ans, l'autre à 23 ans. Leucorrhée vaginale dans l'intervalle des règles à partir de la première grossesse.

La constipation est habituelle chez cette malade ; depuis fort longtemps elle ne va à la garde-robe que tous les 5 ou 6 jours.

Deux ans après son dernier accouchement, c'est-à-dire à 25 ans, C.. a été soignée à la maison Dubois pour une métrite hémorrhagique. C'est à cette époque que la malade s'est aperçue, en allant à la selle, qu'elle avait

une grosseur à l'anus qui sortait puis rentrait facilement, sans douleur au début.

Bientôt les défécations toujours espacées devinrent douloureuses. Vers l'âge de 36 ans, C... eut une crise douloureuse fort violente, qui survint brusquement à l'occasion d'une garde-robe. Les douleurs très vives au niveau de l'anus s'irradiaient dans tout l'abdomen. A partir de cette époque les hémorrhagies apparurent chez cette malade au moment des défécations. Chaque fois qu'elle allait à la selle elle perdait du sang qui s'échappait en jet.

Durant les trois mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital, C... eut des pertes de sang continuelles, provoquées non seulement par les garde-robes mais par le moindre effort, la marche, l'action de se baisser pour ramasser un objet, la constriction un peu énergique du corset.

La malade estime à environ un grand verre la quantité de sang perdue chaque jour.

En même temps les procidences des bourrelets hémorrhoïdaires se sont multipliées ; mais la malade a toujours pu réduire elle-même ses hémorrhoïdes à l'aide des mains et de compresses imbibées d'eau froide.

C... entre à Lariboisière le 3 novembre 1899 ; elle est très pâle et très affaiblie. Ses genoux présentent de légères varicosités ; elle se plaint de lourdeur et de gêne dans les jambes après la marche un peu prolongée.

En examinant la région anale, on voit une grosse masse hémorrhoïdaire turgescente, de coloration rouge vif, occupant toute la circonférence de l'anus, offrant le volume d'une grosse noix. Par le toucher rectal on constate que le sphincter est notablement contracturé et on sent de petites masses molles siégeant sur tout le pourtour de la muqueuse ano-rectale.

Cure sanglante à la Whitehead. — La malade est opérée, après dilatation anale préalable, par notre collègue du service, M. Cadol, qui suit la technique spéciale adoptée par M. Lejars.

Suites opératoires. — Des plus simples ; à part quelques phénomènes ictériques éphémères durant les premiers jours qui suivent l'opération, il n'y a rien de particulier à signaler.

Le 14 novembre, huit jours après l'intervention, on enlève le pansement et on administre à la malade un premier, puis un deuxième purgatif qui déterminent une selle assez abondante.

Résultat immédiat. — C... quitte l'hôpital, le 17 novembre ; la réunion de la peau à la muqueuse est complète sur tout le pourtour de l'anus ; la malade n'accuse aucune souffrance du côté de la région anale ; son sphincter fonctionne normalement ; la ligne cicatricielle cutanéo-muqueuse est attirée dans la profondeur du canal ano-rectal.

Obs. XL. — *Hémorrhoïdes externes et internes, partielles, chez un neurasthénique. — Pertes de sang notables, troubles mentaux consécutifs. — Dilatation anale. — Ablation au thermocautère des bourrelets hémorrhoïdaires après ligature préalable au catgut de leurs pédicules. — Très bon résultat immédiat et consécutif 2 ans et 10 mois plus tard.* — V.., 40 ans, employé de commerce, présente des stigmates de neurasthénie assez prononcée ; céphalée en casque, fatigue rapide au moindre effort physique, aboulie, agoraphobie, spermathorrée.

Les hémorrhoïdes apparaissent à l'âge de 27 ans chez V..., qui est alors très constipé.

Vers 32 ans, les hémorrhoïdes internes deviennent procidentes à l'occasion des garde-robes et donnent en même temps lieu à un léger écoulement de sang. Les hémorrhagies augmentent progressivement d'abondance.

Le malade n'a jamais éprouvé de véritables douleurs, la marche seule était assez gênée.

Les hémorrhagies augmentent les phénomènes neurasthéniques. V... est effrayé par la vue du sang qui s'échappe de son anus. Il perdait la tête, nous dit-il. De véritables troubles mentaux se déclarent chez lui en même temps que des vertiges se produisent fréquemment.

Dilatation anale, ligature au catgut des bourrelets partiels à leur base d'implantation, exérèse au thermocautère, par M. Lejars le 28 octobre 1896 à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Th. Anger.

Résultat immédiat. — V... quitte Beaujon le 12 novembre, 15 jours après son opération, il est guéri.

Résultat 2 ans et 10 mois après l'intervention. — Nous examinons V... dans le courant d'août 1899.

Les hémorrhoïdes ne se sont pas reproduites chez lui. Il va à la selle régulièrement sans douleur, mais parfois quand il est constipé, et cela lui arrive de temps à autre, il observe que ses matières sont légèrement teintées de sang. V... n'a pas eu de parésie sphinctérienne après son opération. A l'examen de l'anus on ne trouve aucune saillie hémorrhoïdaire appréciable à la vue ni au toucher.

La neurasthénie s'est fortement améliorée chez ce malade ; en somme résultat très satisfaisant.

Obs. XLI. — *Hémorrhoïdes externes partielles. — Crises de turgescence répétées. — Douleurs vives. — Ablation au thermocautère des bourrelets après ligature préalable de leurs pédicules. — Très bon résultat immédiat ayant persiste tel depuis 7 mois 1/2.* — E. S..., 21 ans, quincaillier, entre le 13 décembre 1898 à Beaujon dans le service de M. Th. Anger, salle Robert, lit 28.

Antécédents héréditaires : Père mort de phtisie pulmonaire à 49 ans. Mère a eu des hémorrhoïdes avec fissure anale à la suite d'une grossesse.

Antécédents personnels : Convulsions pendant l'enfance et bronchites répétées, scarlatine à 7 ans, rougeole à 11 ans.

Début des accidents hémorrhoïdaires vers 16 ans, constipation habituelle dès cette époque, garde-robes tous les trois ou quatre jours seulement ; en même temps apparition de petites tumeurs au pourtour de l'orifice anal. Douleurs assez vives revenant par crises ; marche pénible, station assise possible mais avec précaution au moment des crises de turgescence. De 16 à 21 ans, les crises de turgescence fort douloureuses se répètent une fois en moyenne chaque année. Les accidents s'aggravent à chaque crise en même temps que les bourrelets hémorrhoïdaires augmentent de volume. Pendant ces crises, légères pertes de sang à l'occasion des garde-robes ; le malade redoute les défécations et résiste alors à ses envies d'aller à la selle.

Les douleurs vont s'accentuant. La dernière crise qui survient durant les premiers jours de décembre 1898 est si douloureuse que la marche et la station assise deviennent impossibles, le malade garde le lit pendant 15 jours, il perd du sang à chaque selle.

S... se décide alors à réclamer l'intervention chirurgicale, il entre à Beaujon le 13 décembre 1898.

Dilatation anale et ablation des bourrelets hémorrhoïdaires au thermocautère après ligature préalable de leurs pédicules, par M. Lejars, le 16 décembre 1898.

Au moment de l'opération on constate l'existence de deux masses hémorrhoïdaires externes, latérales, de la grosseur chacune d'une noisette environ. Entre ces deux masses s'en trouve une autre intermédiaire un peu moins volumineuse.

Anesthésie à l'éther ; dilatation anale, ligature au catgut des trois bourrelets hémorrhoïdaires à leur base, excision de ces bourrelets au thermocautère.

Résultat immédiat. — S... quitte l'hôpital le 31 décembre 1898, la cicatrisation n'est pas encore complète et nécessite pour s'achever 3 ou 4 cautérisations au nitrate d'argent faites durant les quinze jours qui suivent la sortie de l'hôpital.

Résultat opératoire 7 mois 1/2 après l'intervention. — Nous voyons ce malade à la fin d'août 1899.

Les hémorrhoïdes ne se sont pas reproduites ; le malade ne souffre pas du côté de l'anus. Les selles sont quotidiennes, s'effectuent sans douleur, mais S... a une grande tendance à la constipation qu'il est obligé de combattre constamment.

Après son opération, il n'a eu à aucun moment de la difficulté à retenir ses matières.

L'état local de l'anus est excellent.

L'état général du malade est parfait ; l'appétit qui avait disparu avant l'intervention est revenu. S... est enchanté de l'opération qu'il a subie.

CONCLUSIONS

I. — *La dilatation anale* pure et simple, procédé d'urgence en quelque sorte, anesthésique et résolutif, pourra toujours être pratiquée avec avantage au cours des crises de turgescence et d'étranglement hémorrhoïdaires et dans tous les cas où il existera une contre-indication à l'emploi d'une méthode opératoire plus radicale.

II. — La dilatation forcée est comme le *prologue obligé*, pour ainsi dire, des divers types d'ablation partielle et de la plupart des ablations totales de la muqueuse hémorrhoïdaire.

III. — *Les divers types d'ablation partielle* conviennent aux *hémorrhoïdes partielles* aussi, fréquemment externes, à complications en général d'importance légère ou moyenne.

IV. — *L'exérèse totale* ou *cure sanglante* suivant la méthode de Whitehead, convient aux *hémorrhoïdes en bourrelet circonférentiel interne* ou *externe* et surtout aux *hémorrhoïdes totales à double bourrelet annulaire*, qui provoquent généralement les accidents hémorrhoïdaires graves, hémorrhagiques, inflammatoires, douloureux et de prolapsus.

V. — Pour la cure sanglante nous préconisons la technique spéciale adoptée par M. Lejars ; elle comprend 5 temps :

1° Dilatation du sphincter ;

2° Incision circulaire du limbe muco-cutané ;

3° Dissection du manchon muqueux ano-rectal avec, comme point de répère capital, le sphincter externe.

4° Incision longitudinale de la muqueuse à sa partie antérieure et fil commissural antérieur en anse.

5° Section progressive par moitiés du cylindre muqueux décollé et suture au fur et à mesure de chaque hémisection (suture au catgut à points passés).

VI. — Les reproches qu'on a faits à la cure sanglante ne nous semblent pas justifiés. En procédant comme nous conseillons de le faire, la douleur post-opératoire est très supportable, la perte de sang est absolument insignifiante, la parésie sphinctérienne consécutive, lorsqu'elle existe, est légère et de courte durée. Enfin chez tous les opérés que nous avons revus plusieurs mois ou plusieurs années après leur intervention, la perméabilité de l'orifice anal est complète, normale.

VII. — *Absence également de récidive* plusieurs années après l'opération. Les ablations partielles laissent dans la place les éléments de la récidive, l'extirpation totale de la muqueuse, au contraire, non seulement supprime toutes les tumeurs hémorrhoïdaires, mais encore paraît supprimer la cause principale des récidives, en faisant disparaître la membrane interne ano-rectale malade avec ses dispositions vasculaires toutes prêtes à la dilatation variqueuse. L'ablation totale de la muqueuse est donc la méthode qui de toute évidence donne les meilleures garanties d'une guérison définitive, on est autorisé à la tenir pour « une cure radicale ».

VIII. — La cure sanglante ne saurait, sans doute, être donnée pour l'opération nécessaire, hors laquelle il n'y a pas de salut, mais il serait regrettable, à notre sens, que la publication de quelques faits malheureux, évitables, nous en sommes convaincus, jetât la suspicion sur une intervention très rationnelle, de technique en somme, relativement simple, de résultats précieux.

BIBLIOGRAPHIE

Allingham. — *Diseases of the rectum.* London, 1873.

— A modified method of performing Whitehead's operation for incision of piles. *Med. press.* London, 1888, n. s. 657.

Andrews. — Traitement des hémorrhoïdes par les caustiques. *Boston med. and surg. j.*, 1879.

Ané. — *De la cause radicale des hémorrhoïdes.* Thèse de Paris, 1898.

Bazy. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.

Berger. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.

Bodenhamer. — *New-York med. record*, 1880.

Chassaignac. — *Traitement des hémorrhoïdes par l'écraseur linéaire*, 1858.

De Larroque. — Thèse Paris, 1810.

— *Traité des hémorrhoïdes*, 1812.

Davis. — Traitement des hémorrhoïdes. *Thér. Gaz.*, 15 décembre 1898.

Delbet. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.

Delestang.— *Du choix d'un procédé opératoire dans le traitement chirurgical des hémorrhoïdes.* Procédé de M. le Dr Quénu. Thèse de doctorat, 1894.

Delorme. — Sur les effets de la constipation des opérés et sur leur alimentation pendant la durée de leur constipation. *Société de chirurgie*, 23 mai et *Gazette des Hôpitaux*, 2 juin 1894.

— Traitement des hémorrhoïdes par le procédé de Whitehead. 10e *Congrès français de chirurgie*, p. 462, 1896.

— *Gazette des Hôpitaux*, 1896.

— *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.

Duncan. — Modern methods of treat. of hem. *Toledo m. et s. reporter*, 1890, p. 401.

Duplay. — Diagnostic et traitement des hémorrhoïdes. *Progrès médical*, 4 avril 1896.

Dupuytren. — *Leçons orales*, t. 1, p. 348.

Duret. — Recherches sur la pathogénie des hémorrhoïdes. *Arch. gén. de médecine*, décembre 1879 et juin 1880.

Eliot. — L'opération des hémorrhoïdes. *Thér. Gaz.*, 15 février 1897.

Erdmann. — Les hémorrhoïdes, leur traitement. *Med. News*, 6 août 1898.

Gosselin. — *Leçons sur les hémorrhoïdes*, 1866 et *Clinique chirurgicale de la Charité*, 1879, t. III.

Hippocrate. — *Trad. Littré*, t. 11, p. 517 ; t. VI, p. 437.

Juvara. — Du traitement des hémorrhoïdes par le procédé Whitehead. *Archives des Sciences médicales,* 1896.

Kelsey. — Traitement des hémorrhoïdes. *New-York med. j.*, 16 juin 1894.

Kiriac. — Traitement des hémorrhoïdes internes par la ligature. *Archives roumaines de méd. et de chir.*, 1888, n° 6.

Labaume. — *De l'incision des hémorrhoïdes par la méthode de Whitehead.* Th. de Lyon, 1898.

Lafourcade. — Sur un procédé d'incision des hémorrhoïdes. *Arch. prov. de chirurgie*, t. VI, p. 306, 1897.

Lannelongue. — *Nouv. dict. de médecine et chir. pratiques*, t. XVII, p. 404, 1873.

Lartisien. — *Traitement chirurgical des hémorrhoïdes.* Thèse Paris, 1873.

Lejars. — La cure radicale des hémorrhoïdes. *Leçons de chirurgie, La Pitié*, 1893-1894.

Lucas-Championnière (D.). — Traitement et opérations applicables aux hémorrhoïdes. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 décembre 1898.

Mandelberg. — Traitement chirurgical des hémorrhoïdes. *Gazette médicale de la Russie mérid.*, octobre 1897.

Marcy. — Traitement chirurgical des hémorrhoïdes par l'excision et la suture animale perdue. *Americ. j. of. obst.*, décembre 1896.

Martin. — *Contribution à l'étude du traitement des hémorrhoïdes* (Procédé WHITEHEAD-DELORME). Thèse de doctorat, 1893.

Matignon. — La cure radicale des hémorrhoïdes (Procédé WHITEHEAD-DELORME). *Archives cliniques de Bordeaux*, septembre 1893.

Meesemaecker. — *Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes et en particulier de l'extirpation suivie de suture.* Thèse de doctorat, 1893.

Mollière (D.). — *Traité des maladies du rectum.* Paris, 1877.

Monod. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.

— *Dilat. forcée du sphincter appliquée au traitement des hémorrhoïdes.* Paris, 1877.

Montègre. — *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XX, art. Hémorrhoïdes et Des hémorrhoïdes ou Traité analytique des affections hémorrhoïdaires. Paris, 1817.

Nannotti. — *Contribution à l'étude de la pathogénie des hémorrhoïdes*, Broch. Naples, 1892.

Nimier. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.

Ollier. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.

Ozenne. — Pathogénie des hémorrhoïdes. *Bulletin médical*, 18 janvier 1893.

— Traitement des hémorrhoïdes. *Bulletin médical*, 22 janvier 1893.

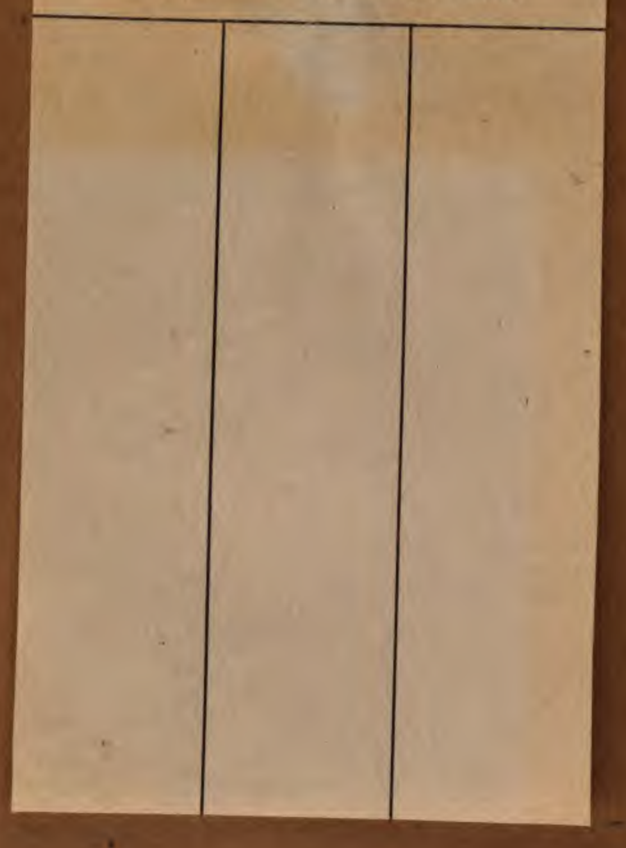
— *Les hémorrhoïdes.* Paris, 1892.

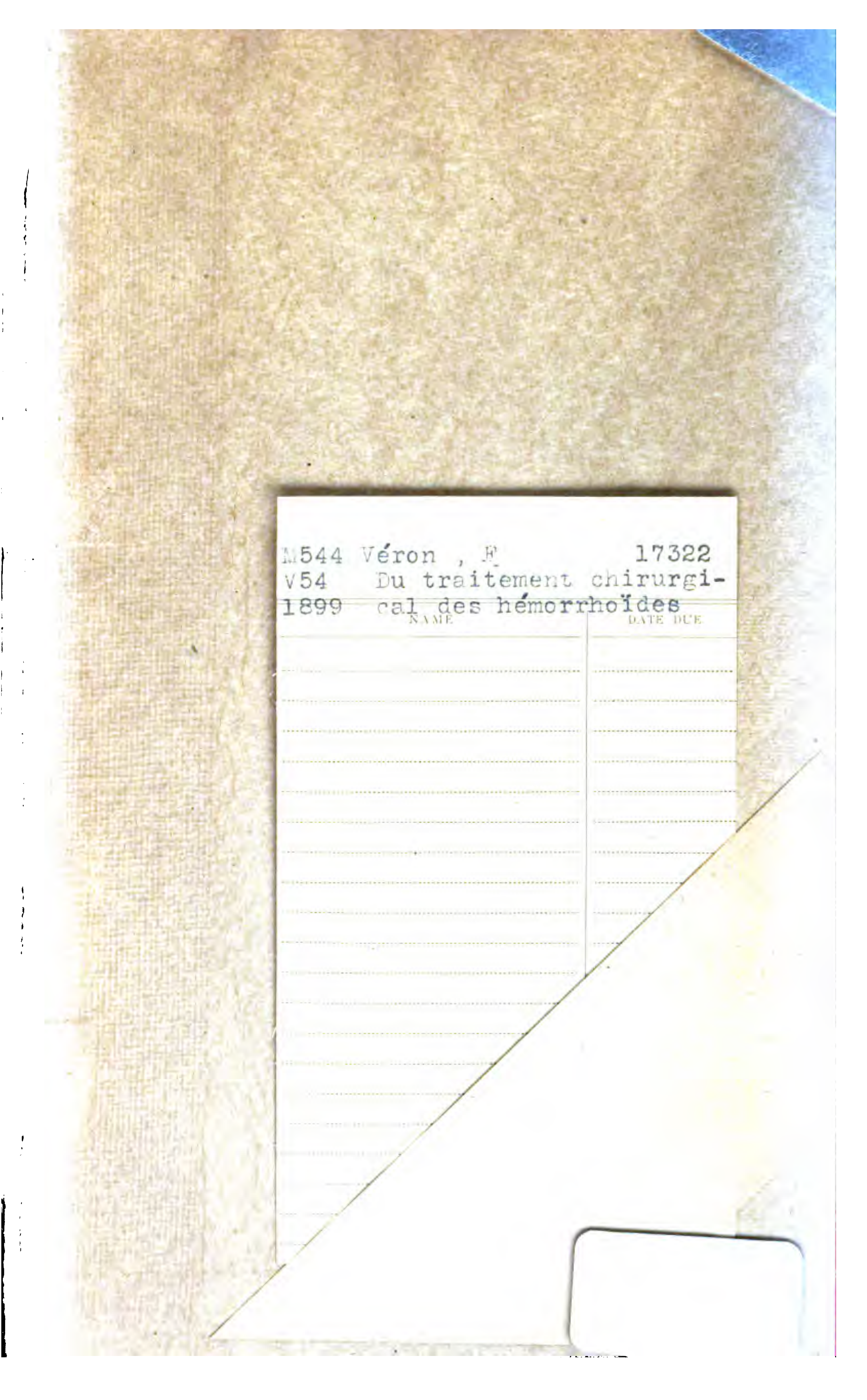
Penrose. — The treatment of hemorrhoïds by excision. *Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 25 octobre 1890.

— Excision of hemorrhoïds. *Medical and surgical Reporter*, 1890, n° 15, p. 422.
— *Philad. County med. Soc.*, septembre 1891.
— *Revue des Sciences médicales*, 1892.
Picqué. — Indications opératoires et traitement des hémorrhoïdes. *Semaine médicale*, 15 juin 1898.
— *Congrès de chirurgie*, 1896.
— *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
Pilcher. — Excision of hemorrhoïds. *Annals of Surgery*, mai 1890.
— On the pathology and treatment of aggravated hemorrhoïds. *Annals of Surgery*, t. XI, 1891, p. 319-328.
Poirier. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
Potherat. — *Traité de chirurgie*, 1895, t. 7.
— *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
Pozzi. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
Preissmann. — *Wien. med. Presse*, 1892.
Quénu. — Etude sur les hémorrhoïdes, Anat. path. *Revue de chirurgie*, n° 3, p. 169, 1893.
— Sur la présence de micro-organismes dans les hémorrhoïdes thrombosées. *Société anatomique*. Paris, 10 février 1893.
— Traitement opératoire des hémorrhoïdes par un procédé spécial, 7e Cong. fr. chir. *Bulletin médical*, 19 avril 1893.
— Traité opératoire des hémorrhoïdes. *Presse médicale*, 15 juin 1898.
— Etude sur les veines du rectum et de l'anus chez l'homme. *Société anatomique*, juillet 1898.
— Etude sur les hémorrhoïdes. Des ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus. *Revue de chirurgie*, t. XII, 1892, p. 982, n° 12.
— *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
Quénu et Hartmann. — *Chirurgie du rectum*, p. 336 et suiv., 1895.
Quetin (E.). — *Contribution à l'étude de l'anémie hémorrhoïdaire*. Thèse Paris.
Rafin. — Du traitement des hémorrhoïdes par l'excision suivie de suture. *Lyon médical*, 2 novembre 1890.
— *Revue des sciences médicales*, 1892.
Reclus. — Traitement des hémorrhoïdes. *Gazette des hôpitaux*, 23 mars 1893.
— Traitement des hémorrhoïdes. *Semaine medicale*, 28 novembre 1895.
— *Mercredi médical*, 20 juillet 1892.
— *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
Ricard. — Comment faut-il traiter les hémorrhoïdes. *Annales de médecine*, 1895, n° 21.
Richet. — *France médicale*, 1888.
Roeckel. — Internal hemorrhoïds. *Australian med. journ.*, avril 1893.
Roschkow. — *Le traitement des hémorrhoïdes*. Thèse de Breslau.

Rosenbaum. — *Résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée.* Thèse de Paris, 1895.
Routier. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
Roux. — Behandlung der Hemorrhoïden. *Therap. Monatsh.*, mars 1895.
P. Sandler. — Zur operativen Behandlung der Hemorrhoïdalknoten. *Centralblatt für Chirurgie*, 26 août 1893.
Schwartz. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
— Traité de chirurgie des hémorrhoïdes. *Rev. clin. et thérap.*, décembre 1888.
Smith. — *The Lancet*, mars 1893.
Stein. — Traitement des hémorrhoïdes. *Wiener med. Woch.*, 5 décembre 1897.
Syms. — Le traitement chirurgical des hémorrhoïdes. *N.-York med. j.*, 12 février 1898.
Thévenard. — Des procédés opératoires appliqués à la cure des hémorrhoïdes. *Gazette des hôpitaux*, 5 octobre 1896.
Thomson (S.). — Whitehead's operation for hemorrhoïds considered from an anatomical stand poind. *Medical chronicle*, août 1893.
Tillaux. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
— *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 640.
Trélat. — *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 319. Anémie hémorrhoïdaire, dilatation forcée de l'anus.
Trinkler. — Zur Technik der Hemorrhoïdalknotenoperation. *Centr. f. Chir.*, nº 30, 1894.
— De l'opération des hémorrhoïdes. *Centr. f. Chir.*, 28 juillet 1895.
Trow-Bridge. — Traitement chirurgical des hémorrhoïdes. *Boston med. j.*, 30 mai 1895.
Tuffier. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
Tuttle. — Traitement moderne des hémorrhoïdes. *N.-York med. j.*, 28 avril 1898.
Verneuil. — Anatomie pathologique des hémorrhoïdes. *Société anatomique*, 1855, t. XXX, p. 175, 177 et 191.
— *Gazette des hôpitaux*, août 1891.
Weir. — *Revue des sciences médicales*, 1892.
Whitehead. — *British medical journal*, 1882.
— *British medical journal*, 1887.
Wiesinger. — Opération des bourrelets hémorrhoïdaux. *Berlin. klin. Woch.*, 22 novembre 1898.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)




M544 Véron , E 17322
V54 Du traitement chirurgi-
1899 cal des hémorrhoïdes
NAME
DATE DUE

